

Programa de Atención a la **Salud Mental**
Infanto–Juvenil
de la comunidad de Canarias



Gobierno de Canarias
Consejería de Sanidad

Edita:
Gobierno de Canarias

Depósito legal:
GC 132-2006

Realización:
Daute Diseño, S.L.

© Gobierno de Canarias, 2006

PRESENTACIÓN	7
AUTORES	8
1. BASES CONCEPTUALES DE LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.....	11
1.1. Recomendaciones de Organismos Sanitarios Internacionales sobre la Salud Mental Infanto-Juvenil.....	13
1.2. Características de la Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil.....	16
1.2.1. La Atención a la Salud Mental I-J ha de hacerse desde un modelo comunitario.....	16
1.2.2. La Atención a la Salud Mental I-J ha de tener una especificidad propia	17
1.2.3. La Atención a la Salud Mental I-J ha de tener un carácter preventivo.....	18
2. ORGANIZACIÓN DE LA SALUD MENTAL	21
2.1. Modelo comunitario y estructura sectorizada.....	23
2.2. Dispositivos básicos para la atención infanto-juvenil.....	23
2.3. Administración y gestión interna del Programa Infanto-Juvenil.....	24
3. EL EQUIPO PROFESIONAL DE LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.....	25
3.1. Definición	27
3.2. Composición del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil	27
3.3. Funciones del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil	27
3.4. Actividades del Equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil	28
3.4.1. Atención integral.....	28
3.4.2. Coordinación	28
3.4.3. Formación, docencia e investigación	29
3.4.4. Gestión y evaluación.....	30
3.5. Funciones de los profesionales.....	30
3.5.1. Funciones específicas del coordinador	30
3.5.2. Funciones del psiquiatra	31
3.5.3. Funciones del psicólogo.....	32
3.5.4. Funciones del trabajador social	33
3.5.5. Funciones del enfermero (DUE).....	34
3.5.6. Funciones del auxiliar de enfermería.....	35
3.5.7. Funciones del auxiliar administrativo.....	35
4. FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL.....	37
4.1. Niveles asistenciales en Salud Mental Infanto-Juvenil	39
4.2. El papel del Equipo de Atención Primaria en la Atención Infanto-Juvenil.....	40
4.3. El Equipo comunitario de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil (USMC)	41
4.3.1. Recepción y evaluación en la USMC	41
4.3.2. Primera cita con el facultativo y entrevista diagnóstica.....	41

4.3.3. Altas y abandono de tratamientos.....	42
4.3.4. Reuniones de coordinación en la USMC	42
4.4. La hospitalización en Salud Mental Infanto-Juvenil.....	42
4.5. Coordinación con otros servicios de Atención a la infancia y adolescencia ..	43
Anexo	47
5. NECESIDADES ASISTENCIALES EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL	63
5.1. Introducción	65
5.2. Información Demográfica	65
5.3. Conclusión.....	66
6. LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL	67
6.1. Introducción	69
6.2. Objetivos de la Asistencia en Salud Mental Infanto-Juvenil.....	69
6.3. Recursos para la prestación de la Asistencia	69
6.4. Modalidades asistenciales	70
6.4.1. Asistencia Ambulatoria. Segundo nivel de atención.....	70
6.4.2. Asistencia Hospitalaria. Tercer nivel de atención.....	71
6.4.3. Priorización de las intervenciones en la USMC	72
7. EVALUACIÓN Y ESTRATEGIAS DE MEJORA.....	73
7.1. Aspectos generales de la evaluación	75
7.2. Requisitos para la Evaluación del Programa de Salud Mental Infanto-Juvenil	75
7.3. Indicadores de evaluación	76
7.3.1. Indicadores cuantitativos	76
7.3.2. Indicadores cualitativos.....	79
8. FORMACIÓN, DOCENCIA E INVESTIGACIÓN	81
8.1. Formación Continuada	83
8.2. Docencia.....	85
8.3. Investigación.....	86
BIBLIOGRAFÍA	88

La atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de la Comunidad Autónoma de Canarias constituye una de las áreas de actuación prioritaria de la Consejería de Sanidad, hecho que se refleja en los objetivos del II Plan de Salud de Canarias y en los del Servicio Canario de Salud, en donde se explicita la necesidad de una atención específica y continua a la población infanto-juvenil. Esta especificidad de la atención al niño/a y al adolescente es debido a las características de esta población, con unas necesidades físicas, psíquicas y socio-familiares diferentes a las de la población adulta. Teniendo en cuenta que están en pleno desarrollo y evolución de su personalidad, se hace imprescindible intervenciones y estrategias diferenciadas y propias de cada etapa, significando que los criterios diagnósticos, el proceso psicopatológico, y en definitiva, el abordaje terapéutico también conllevan sus diferencias.

Este Programa ha sido elaborado por un grupo multidisciplinar de profesionales del Servicio Canario de Salud, con la colaboración de profesionales de otros ámbitos institucionales como la Consejería de Educación, Consejería de Empleo y Asuntos Sociales y la Fiscalía del Menor.

El Programa pretende establecer la bases de la atención de la Salud Mental de esta población, garantizando la continuidad de cuidados a través de una organización asistencial por niveles de atención, sectorizada y comunitaria.



Hilda Sánchez Janáriz
Directora General de Programas Asistenciales

COORDINADOR DEL PROGRAMA

- **Carlos L. Beneyto Naranjo.** *Psicólogo Especialista en Psicología Clínica.* Técnico del Servicio Regional de Salud Mental de Canarias.

COMPONENTES DEL PROGRAMA

- **Aída Acosta Trujillo.** *Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.* Unidad de Salud Mental de Tacoronte.
- **José Antonio Sánchez Padilla.** *Psiquiatra.* Jefe del Servicio Regional de Salud Mental.
- **Carmen González Noguera.** *Psiquiatra.* Jefa del Servicio de Psiquiatría Hospital Universitario Insular-Materno Infantil.
- **Teresa Armas Falcón.** *Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.* Coordinadora de la Unidad de Salud Mental de El Lasso.
- **Rosina Matallana Hernández.** *Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.* Unidad de Salud Mental La Laguna-Tacoronte.
- **Elena Cortés Rabal.** *Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.* Unidad de Salud Mental Canalejas.
- **María de los Ángeles O'Shanahan Juan.** *Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.* Unidad de Internamiento Breve de Psiquiatría del Hospital Universitario Insular-Materno Infantil.
- **Maite Santamaría Ramiro.** *Psicóloga Especialista en Psicología Clínica.* Hospital de Día Infanto-Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa".
- **Manuel Ajoy Chao.** *Psiquiatra.* Hospital General de Fuerteventura.
- **Blanca Lago García.** *Psiquiatra.* Hospital de Día Infanto-Juvenil "Diego Matías Guigou y Costa".
- **Oscar Herreros Rodríguez.** *Médico psiquiatra.* Médico Adjunto del Hospital Universitario de la Candelaria.
- **Francisco G. Sánchez García.** *Médico psiquiatra.* Médico Adjunto del Hospital Universitario de la Candelaria. Profesor asociado a la Universidad de la Laguna.
- **Rita Esther Ramos Afonso.** *Pediatra.* Centro de Salud de Arona-Vilafior, Cabo Blanco.

COLABORADORES DEL PROGRAMA

- **Heriberto Rodríguez Mateo.** *Psicólogo.* Coordinador Provincial de Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógicos de Las Palmas. Consejería de Educación, Cultura y Deportes.
- **Gloria Gil Moreno.** *Licenciada en Derecho.* Responsable del Programa de Aulas Hospitalarias del Área de NEE y EOPs. Asesora Legal y de Normativa de la Dirección

General de Orientación e Innovación Educativa. Consejería de Educación, Cultura y Deportes.

- **María Teresa Espino Sosa.** *Fiscal encargada de la Sección de Protección de Menores.* Fiscalía del Tribunal Superior de Justicia de Canarias.
- **José Enrique Hernández Curbelo.** *Dirección General del Menor y la Familia.*
- **Dr. Pedro Manuel Ruiz-Lázaro.** *Psiquiatra Infanto-Juvenil.* Hospital Clínico Universitario de Zaragoza. Secretario de la Asociación Española de Psiquiatría Infanto-Juvenil (AEPIC).

Bases conceptuales de la Salud Mental
Infanto–Juvenil

1

1.1. RECOMENDACIONES DE ORGANISMOS SANITARIOS INTERNACIONALES SOBRE LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

La Salud Mental de la infancia y la adolescencia es una preocupación primordial en el desarrollo de programas de prevención e intervención en todo el mundo. La OMS celebró el 10 de Octubre de 2003 el Día Mundial de la Salud Mental, dedicado a los niños y adolescentes, buscando concentrar la atención mundial en la identificación, tratamiento y prevención de los trastornos emocionales y de conducta que puede presentar alrededor del 20% de la población mundial entre 0 y 17 años.

En el año 2003, la OMS, en su documento: *“Understanding Children and Adolescent Mental Disorders”* llamó la atención sobre los siguientes puntos:

- El suicidio es la tercera causa de muerte entre los adolescentes.
- El trastorno depresivo mayor a menudo tiene su inicio en la adolescencia y está asociado a un importante desajuste social y es una de las mayores causas de suicidio
- Los trastornos conductuales de inicio en la infancia tienden a persistir en la edad adulta en forma de abuso de drogas, conducta antisocial, delincuencia juvenil, problemas interpersonales, desempleo, problemas maritales y mala salud física.

Esta publicación señala como objetivos de intervención prioritarios los siguientes trastornos:

- En la primera infancia:
 - Dificultades de aprendizaje.
 - Trastornos por déficit de atención, con y sin hiperactividad.
- En los años medios de la infancia:
 - Síndrome Guilles de la Tourette.
- En la adolescencia:
 - Depresión y riesgo de suicidio.
 - Psicosis.

Como trastornos graves con necesidades de tratamiento complejas señala:

Trastornos generalizados del desarrollo.

Trastornos de la personalidad y trastornos conductuales.

- Trastornos del vínculo.
- Trastornos de ansiedad.
- Trastornos por abuso de sustancias.
- Trastornos alimentarios.

La **Red Europea de Promoción de la Salud Mental**, en la que la Asociación Española de Neuropsiquiatría asumió la representación española, realizó en 1999 las

siguientes recomendaciones para la promoción de la Salud Mental de los menores de seis años:

Se recomienda elevar la conciencia de la importancia de la Salud Mental de los niños y desarrollar políticas para promover la Salud Mental de los niños y sus familias, para:

- Apoyar a la paternidad, facilitando la paternidad responsable y sensible y el desarrollo de lazos entre padres e hijos.
- Prestar particular atención a niños vulnerables, como:
 - Niños con dificultades psicosociales o problemas de salud (Ej: prematuros, discapacitados, enfermos crónicos, niños con problemas del desarrollo o del comportamiento temprano).
 - Niños en un ambiente familiar vulnerable (Ej.: niños que han sufrido abusos o descuido, niños en hogares monoparentales o con padres adolescentes, niños adoptivos, hijos de enfermos mentales o adictos).
 - Niños con dificultades socioculturales (Ej.: refugiados, inmigrantes, padres desempleados).
- Facilitar ambientes vecinales amigables, seguros y no violentos.
- Desarrollar guarderías y cuidados de día focalizados en promoción de la Salud Mental de los niños.
- Facilitar escuelas con currículum, programas y ambientes que promuevan la Salud Mental.
- Incrementar el reconocimiento de las necesidades de los niños entre los Servicios de Salud y Comunitarios.
- Animar a los equipos de trabajo a proporcionar un entorno que promueva la Salud Mental de los padres y el apoyo a la vida familiar.
- Mejorar el marco de protección legal y monitorizar los cuidados de los niños para facilitar y asegurar la promoción de la Salud Mental y la protección de la infancia.
- Proporcionar la financiación suficiente para implantar estas medidas.

En el año 2000, el U.S. Department of Health and Social Services publicó las siguientes conclusiones y recomendaciones sobre la Salud Mental infantil:

- El desarrollo social y emocional se fomenta a través de relaciones de cariño y apoyo.
- La Salud Mental de la familia, sobre todo la Salud Mental materna, juega un papel significativo en el desarrollo del bienestar emocional infantil.
- Una perspectiva basada en las fortalezas, en donde se escucha y respeta la voz de la familia, es clave para proporcionar servicios de Salud Mental de alta calidad.
- Los valores y las creencias culturales afectan de manera fundamental la forma en la cual los padres de familia y la Administración entienden y emprenden los Servicios de Salud Mental.

- Las intervenciones de Salud Mental Infantil a lo largo del continuo de promoción, prevención y tratamiento son un aspecto importante para la prestación de servicios globales.
- Al personal se le debe brindar apoyo y aliento si se espera que apoyen y alienten a los niños y las familias.

En España, el informe de la Comisión Ministerial para la Reforma Psiquiátrica de 1985 propició el nuevo paradigma asistencial en Salud Mental. El nuevo modelo reconoce la Salud Mental Infanto Juvenil como una parte importante de los programas de carácter permanente integrados en el marco asistencial, y permite a cada Comunidad Autónoma el desarrollo de estos programas según sus necesidades y prioridades.

También la Ley General de Sanidad de 1986, en su capítulo III *"de la salud mental"*, Art. 20, apartado 1, confirma que *"se consideran de modo especial aquellos problemas referidos a la psiquiatría infantil"*.

En Canarias, en el documento final de la Mesa Taller sobre el PASAMECA dedicada a la Atención Infanto-Juvenil realizado en Las Palmas de Gran Canaria, el 3 de febrero de 1995, se plasmaron una serie de recomendaciones y propuestas que han quedado reflejadas en los diferentes puntos del *I Plan de Salud de Canarias 1997-2001* (PSC) y, especialmente en el apartado de Salud Mental.

En diciembre de 1997, la Dra. Carmen González Noguera y la Psicóloga Teresa Armas Falcón redactaron un informe para la elaboración de un Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil para la Comunidad Autónoma Canaria; en él, se trazan una serie de líneas generales para la puesta en marcha de este Programa.

En noviembre de 1998 y en las VI Jornadas de la Asociación Canaria de Neuropsiquiatría, se trató de forma monográfica el tema, llegando a una serie de conclusiones que destacamos:

- Necesidad de que exista personal con formación específica y dedicación exclusiva en la Red de Salud Mental, con denominación de las plazas designadas a tal efecto.
- Reclamar a la Administración Autonómica, a través de las Consejerías de Educación, Servicios Sociales y Sanidad, un documento para la coordinación de los servicios implicados.
- Acondicionamiento de los Servicios de Pediatría para garantizar la hospitalización de los menores que precisen tratamiento psiquiátrico.
- Necesidad urgente de que el Servicio Canario de la Salud establezca indicadores de incidencia y prevalencia de niños afectados de Trastornos Generalizados del Desarrollo, con el objeto de prestar la atención clínica más adecuada.
- Necesidad de un Hospital de Día como dispositivo clínico alternativo y/o complementario a las consultas ambulatorias.

En 1998, el Servicio de Salud Mental de la Dirección General de Programas Asistenciales realizó una consulta Delphi sobre la Atención a la Salud Mental Infantil y Juvenil en Canarias. En dicha consulta, se contó con la participación de 62 profesionales pertenecientes al Servicio Canario de la Salud (psicólogos, psiquiatras y pediatras), la Dirección General de Servicios Sociales, la Dirección General de Innovación Educativa y la Dirección General del Menor. Entre los resultados con mayor consenso destacan:

- La actual cobertura de la atención es deficitaria.
- El grupo peor atendido es el de los Trastornos Disociales.
- El grupo de edad con más deficiencia es el de 0-4 años.
- La solución a los problemas de atención pasa por la coordinación y colaboración de los sectores implicados.
- Se destaca la necesidad de formación específica sobre psicopatología infantil del personal de Atención Primaria, de los equipos Psicopedagógicos pertenecientes a Educación y del personal de las U.S.M.
- Es necesario dar prioridad asistencial, por su situación de riesgo, a los niños sometidos a malos tratos físicos y psíquicos, y a las psicosis de aparición precoz.
- La promoción de conductas saludables, detección precoz de patologías mentales y la detección de grupos de riesgo corresponden a otras instancias (pediatras, Servicios Educativos, Servicios Sociales de base y familia) distintas de los Servicios de Salud Mental, ya que estos no están en primera línea de atención.
- Los pediatras deben constituir el primer nivel de Atención Sanitaria, así como en el ámbito municipal lo son las Unidades de Trabajo Social y, en el ámbito educativo, lo son los maestros y profesores.

Los aspectos remarcados en los apartados anteriores son los que han sido señalados como más importantes por los organismos internacionales relacionados con la Salud Mental, y también, los que, en años anteriores, grupos de profesionales de nuestra Comunidad Autónoma han ido definiendo como los más importantes y necesitados de intervención.

En la redacción del *II plan de Salud de Canarias 2004-2008*, la Salud Mental se contempla como uno de los seis objetivos estrella y dentro de ella se da especial relevancia a la atención de niños y adolescentes .

1.2. CARACTERÍSTICAS DE LA ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

1.2.1 La Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil ha de hacerse desde un modelo comunitario

La Salud Mental va más allá de los trastornos mentales. La Salud Mental es un recurso esencial de la vida diaria y se moldea con las experiencias personales, indivi-

duales y colectivas, en las familias, escuelas, en las calles, etc. Existe una clara evidencia de que las experiencias en los primeros años de vida tienen un impacto crucial sobre la Salud Mental de la vida adulta. El desarrollo de estrategias para promover la Salud Mental de los niños es de una importancia fundamental para el posterior desarrollo individual y social. La promoción de la Salud Mental es relevante para todo el mundo, sin distinción de edad, raza, religión, género, estado de salud, habilidades o discapacidades. No hay salud sin Salud Mental, ni puede esperarse Salud Mental en el adulto si no ha existido en la infancia. Es primordial, por lo tanto, un modelo que contemple:

- Al niño como unidad bio-psico-social, atendiendo a sus necesidades y problemas en todos los ámbitos de su vida, considerándolos como un todo y no como aspectos aislados y parciales.
- Al niño en su contexto familiar, inseparable de él.

Esto no será posible sin una adecuada coordinación y comunicación con todas las organizaciones y recursos que intervienen en la vida del niño: Sanidad, Educación, Servicios Sociales, Sistema Judicial y otras instituciones con las que el niño esté relacionado.

1.2.2. La Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil ha de tener una especificidad propia

La carta de los Derechos del Niño, aprobada por la ONU en 1959 y ratificada por el Parlamento Español en 1990, otorga un papel protagonista al niño en la sociedad y reconoce que la infancia debe ser atendida en sus necesidades con los cuidados especiales que precise (Principios 4 y 5 de la Carta de los Derechos del Niño).

Si bien las actuaciones en Salud Mental Infanto-Juvenil han de estar integradas en los Planes de Salud generales, precisan para tener éxito, desarrollos específicos que contemplen los aspectos cualitativos propios de la población a la que se dirigen. La infancia y la adolescencia tienen un sentido propio, unas características diferentes a las de los adultos, y es necesario tenerlas en cuenta, remarcando el carácter evolutivo del desarrollo en estos periodos, apreciando que se trata de una población muy influenciada por el entorno, en la que los factores del medio que rodea al niño son fundamentales para la intervención eficaz y la comprensión del origen de su trastorno. Las etapas evolutivas desde el nacimiento a la adolescencia, tienen especificidades que requieren intervenciones y estrategias diferenciadas y propias de cada etapa.

Esto debe reflejarse en la práctica clínica y en la formación y selección del equipo de Salud Mental que atienda a los niños y jóvenes, que deberán ser especialistas en la materia, ya que se requieren conocimientos y habilidades diferentes de las que se necesitan para atender la población adulta. Así mismo, cobra vital importancia la necesidad

de trabajar de modo interdisciplinar con los distintos profesionales de los distintos ámbitos de la vida del niño.

1.2.3. La Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil ha de tener un carácter preventivo

El Servicio Canario de la Salud, en su documento *“Presente y futuro de la atención de la Salud Mental en Canarias”*, en el apartado correspondiente a la línea estratégica infanto-juvenil, configura los tres niveles de prevención de acuerdo a los criterios propuestos por la O.M.S., proponiendo la creación de una red que agruparía a todos los recursos sanitarios y no sanitarios de atención y asistencia a la población infanto-juvenil existentes en nuestro territorio:

- **Prevención Primaria:**

Las acciones de prevención de la enfermedad y promoción de la Salud Mental se desarrollarán desde los sectores sanitario, educativo y social, en las que se verán involucrados:

- Los Equipos de Atención Primaria: Pediatras, médicos de familia, personal de enfermería y trabajadores sociales.
- El profesorado y los equipos de orientación psicopedagógica y, sobre todo, el equipo específico de trastornos generalizados del desarrollo.
- La Consejería de Sanidad y Consumo a través de campañas de promoción de la Salud Mental.
- La Consejería de Trabajo y Asuntos sociales, a través de la Dirección General del Menor y la Familia.
- Los ayuntamientos, a través de los equipos psicosociales y los equipos de riesgo e intervención familiar.
- Los Cabildos, a través de las unidades de Infancia y familia.

- **Prevención Secundaria:**

Las intervenciones sobre la patología mental infanto-juvenil estarán centradas en los dispositivos Hospitalarios y Comunitarios de Salud Mental, a través de los equipos específicos para la atención de dicha población.

- A nivel comunitario:
 - Consultas remitidas desde Atención Primaria.
- A nivel hospitalario:
 - Dispositivos hospitalarios.
 - Pacientes ingresados por el servicio de psiquiatría y funciones de interconsulta y enlace.

- **Prevención terciaria:**

Los Hospitales de Día Infanto-Juvenil son los dispositivos específicos de intervención en nuestra Comunidad Autónoma. Están concebidos para dar asistencia a niños y

adolescentes con patología mental grave desde los 0 a los 17 años, con espacios diferenciados para cada grupo de edad, y en coordinación con las USMCs (Unidades de Salud Mental Comunitaria) y los hospitales generales de referencia.

Además, existen recursos sociales públicos y privados dependientes de asociaciones de familiares y Organizaciones No Gubernamentales. Sólo desde un principio de complementariedad de los recursos existentes y de coordinación entre los mismos, se consolidará la Red de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil.

CONCLUSIONES

Partiendo del enfoque integrador señalado al principio, es importante destacar que la prevención no puede limitarse al niño o al adolescente, sino que debe incluir todas las áreas que configuran su vida, con especial incidencia en la familia, pero sin olvidar otros contextos, como el escolar o el social.

Inseparable de toda acción preventiva, hay que destacar la importancia de la detección precoz, tanto de los factores de riesgo como de los propios trastornos mentales. Esta detección precoz es fundamental, habida cuenta de que en la actualidad solo un pequeño porcentaje de los niños con patología mental recibe ayuda para la misma, y que el pronóstico para los trastornos mentales de inicio en la infancia que no reciben tratamiento eficaz es malo.

Por último, señalar también la importancia de los factores de protección, tanto personales como familiares y sociales, cuya detección permite su aprovechamiento por parte de los profesionales y del propio niño, y que pueden ser fomentados y planificados a través de programas escolares o sanitarios, acciones sociales, etc.

Organización de la Salud Mental

2

2.1. MODELO COMUNITARIO Y ESTRUCTURA SECTORIZADA

El Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil debe inscribirse en el Programa General de Salud Mental.

En la década de los 80, tiene lugar en España la Reforma Psiquiátrica, desarrollando un modelo comunitario y estructura sectorizada de atención a la Salud Mental, que implican una concepción de la atención a la Salud Mental de forma integral, interdisciplinar e integrada en el Sistema Nacional de Salud. Así mismo, supone una ordenación territorial y descentralizada de la atención, tomando como referencia las Áreas Sanitarias, y siendo las Unidades de Salud Mental el eje de la organización de los servicios. Esto favorece y proporciona al paciente una continuidad de cuidados, disponiendo para ello de equipos multidisciplinares y de dispositivos asistenciales diversificados y cercanos a los lugares de residencia.

Este modelo también conlleva el desarrollo de alternativas a la hospitalización psiquiátrica, estimulando la participación de la familia y los recursos de la comunidad, tomando en consideración los aspectos psicosociales de la enfermedad y la salud frente a los puramente biológicos.

El modelo comunitario y la estructura sectorizada requieren el desarrollo de planes estratégicos que contemplen la planificación y la programación de la atención, de acuerdo a las necesidades detectadas con estudios epidemiológicos, y que comprendan actividades para la promoción, prevención primaria, secundaria y terciaria de la enfermedad mental, definiendo prioridades de actuación de acuerdo a los recursos disponibles y a los criterios de costo-efectividad y siguiendo un compromiso de calidad, que implica la evaluación de todo el proceso asistencial.

Esta Comunidad Autónoma opta, en un principio, por un modelo en el que la población Infanto-Juvenil será atendida en las USMCs que les corresponda por personal con formación especializada y con dedicación exclusiva a dicha población, tendiendo a la creación de USMCs Infanto-Juvenil específicas.

Siguiendo los principios básicos asistenciales, dicha atención debe estar dirigida a la población comprendida entre 0 y 17 años. El límite superior de atención se considerará de modo flexible, según criterios y conveniencia terapéutica.

2.2. DISPOSITIVOS BÁSICOS PARA LA ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL

La atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil se presta a nivel ambulatorio extrahospitalario, siendo las USMCs la pieza clave de la asistencia, lo que hace muy necesario definir criterios para su ubicación y funcionamiento dentro del marco sanitario y de Salud Mental.

El nivel de actuación de estas unidades debe ser el *nivel secundario o de Atención Especializada* en el Sistema Sanitario, si bien en estrecha relación con Atención Primaria y con Atención Hospitalaria.

Los Servicios de Atención Primaria tendrán USMCs de referencia desde donde se remitirá la demanda a través de pediatras y médicos de familia. La selección previa que se realiza desde Atención Primaria limita el uso excesivo o indiscriminado del dispositivo.

Las USMCs también han de estar relacionadas con el **tercer nivel** de Atención Hospitalaria para la utilización de los recursos de hospitalización cuando la necesidad de cuidados en Salud Mental del paciente lo requiera.

Es necesario la creación de dispositivos específicos de hospitalización psiquiátrica infanto-juvenil que tendrían un carácter suprasectorial. Mientras tanto, a cada área/sector le corresponde un Hospital de referencia para hospitalizaciones psiquiátricas, bien en Unidades de Pediatría (recomendable para población infantil menor de 14 años), o bien en Unidades de Psiquiatría (recomendable para población mayor de 14 años), contando el Hospital con un Equipo de Interconsulta de Psiquiatría y Psicología de Enlace.

Asimismo, cada una de las dos provincias contará, al menos, con un Hospital de Día de referencia para la hospitalización parcial de pacientes con trastorno mental grave.

Se dispondrá de dispositivos sociosanitarios para intervenciones y cuidados de media duración (Centros de Día, pisos tutelados, etc.). Además, es necesario disponer de recursos de soporte social (mini residencias, hogares alternativos, etc.).

Las USMCs se coordinarán con los dispositivos hospitalarios antes mencionados para garantizar la continuidad de cuidados de los pacientes hospitalizados, ya que una vez concluido el período de estabilización del paciente, continuará su seguimiento terapéutico en su USMC de referencia.

Otra línea de coordinación de las USMCs se establecerá con los dispositivos que proporcionen programas de rehabilitación/reeducación a la población infanto-juvenil.

2.3. ADMINISTRACIÓN Y GESTIÓN INTERNA DEL PROGRAMA INFANTO-JUVENIL

El Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil debe contar con una Jefatura de Servicio de carácter provincial. Dichos Jefes de Servicio se harán responsables del cumplimiento del programa, así como de la evaluación periódica del mismo.

De la misma manera se crearán las Jefaturas de Sección que fueran necesarias para cada Área de salud.

Cada dispositivo de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil tendrá un coordinador.

El Equipo profesional de la Salud Mental
Infanto–Juvenil

3

3.1. DEFINICIÓN

Los Equipos de Salud Mental Infanto-Juvenil de los distintos dispositivos de la red asistencial han de ser multidisciplinares en la composición e interdisciplinares en el funcionamiento. Es el Equipo en su conjunto quien asume la atención al niño y al joven en su realidad bio-psico-social.

El Equipo es pieza fundamental en todo el Sistema Comunitario de Atención a la Salud Mental de la infancia y juventud, y su acción se desarrolla lo más cercana y en la relación más estrecha posible con la población, a cuya Salud Mental debe contribuir.

3.2. COMPOSICIÓN DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

El Equipo Básico de Salud Mental para la infancia y la adolescencia estará compuesto por los siguientes profesionales:

Psiquiatra, psicólogo especialista en Psicología Clínica, enfermero, trabajador social, auxiliar de enfermería, y auxiliar administrativo; incorporando otros profesionales dependiendo de las actividades específicas de cada uno de los dispositivos

De acuerdo con la O.M.S., el Equipo Específico de Salud Mental Infanto-Juvenil se constituye cuando la población infantil suponga en torno al 25% de la población general (aproximadamente, unos 150.000 habitantes), y se mantenga el crecimiento vegetativo de los dos últimos años.

En dichas condiciones, la composición del equipo básico en atención comunitaria deberá ser de 4 facultativos (con un ratio de psicólogo-psiquiatra de 1-1), 1 enfermero, 1 trabajador social, 1 auxiliar de enfermería, 1 auxiliar administrativo (según ratios y recomendaciones de la O.M.S.). Teniendo en cuenta que se ha de añadir un facultativo por cada 9.000 menores de aumento o incremento hasta los 17 años.

3.3. FUNCIONES DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

- Prestar una atención integral al niño y al adolescente con problemas de Salud Mental, mediante acciones de prevención, promoción, tratamiento y rehabilitación, que aseguren la continuidad de cuidados en el marco de la Atención Comunitaria.
- Coordinación entre las distintas instituciones que tienen competencia en aspectos que afecten al desarrollo psicosocial de los niños y adolescentes.
- Garantizar la formación continuada de los profesionales de Salud Mental Infanto-Juvenil que favorezcan y faciliten la investigación, docencia, y una mejor calidad asistencial.
- Participar en la gestión, administración y en la evaluación de las actividades, estructura y resultados de la asistencia.

3.4. ACTIVIDADES DEL EQUIPO DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

3.4.1. Atención integral

- Desarrollar actividades dirigidas a la prevención y promoción de la salud, mediante el desarrollo de programas para la educación, formación e información en el campo de la S.M.I.J.
- Realizar evaluaciones, diagnósticos y tratamientos integrales.
- Atender a consultas preferentes, intervenciones en crisis, urgencias y consultas domiciliarias.
- Participar en el desarrollo y ejecución de programas terapéuticos.
- Participar en el desarrollo y ejecución de programas rehabilitadores.

3.4.2. Coordinación

La O.M.S., en los diferentes informes de los comités de expertos publicados en el año 1977, recomienda una coordinación del equipo de S.M.I.J. a dos niveles:

1. Con todos los departamentos gubernamentales cuya actividad intervenga en el desarrollo psicosocial de los niños, en especial los departamentos de Salud, Justicia, Educación y Asistencia Social.
2. Con los departamentos provinciales y locales, de forma que se establezcan normas claras respecto de los diferentes servicios de consulta para los niños.

Teniendo en cuenta estas líneas básicas, el equipo de S.M.I.J. debe estar coordinado con:

- **Área Sanitaria:**
 - a) Con los Equipos de Atención Primaria y consultas pediátricas ambulatorias para:
 - Participar conjuntamente en la formulación, desarrollo y evolución de programas de S.M.I.J.
 - Informar, formar, apoyar y asesorar en la identificación de la patología psíquica, así como en la atención y seguimiento propio, y en los criterios de derivación a los equipos especializados.
 - b) Con los equipos de Psiquiatría-Psicología de Enlace con el fin de informar de aquellos casos que necesitan ser hospitalizados para que dicho equipo pueda realizar el seguimiento y tratar con el personal hospitalario:
 - Valorar la conveniencia del acompañamiento familiar y/o sanitario permanente del niño/a hospitalizado.
 - Momento oportuno de intervenciones quirúrgicas.
 - Manejo de situaciones de niños/as ingresados y de sus familiares.
 - Manejo de hospitalizaciones con motivo de enfermedad psíquica.

- c) Con el equipo de zona de la Unidad de Internamiento Breve, ya que algunos adolescentes podrían ingresar por descompensación psicopatológica.
 - d) Con el equipo de Hospital de Día.
- **Área Educativa:**
 - a) Con los equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógicos de zona y específicos:
 - Programación conjunta de objetivos.
 - Reuniones periódicas.
 - Elaboración, desarrollo y evaluación de programas preventivos.
 - Delimitación clara de tareas, funciones y criterios uniformes de cobertura y atención.
 - b) Con Centros Específicos de Educación Especial en colaboración con los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica.
- **Área de Servicios Sociales:**
 - a) Con el Centro Base para intercambiar información de las necesidades del sector y planificar y coordinar la utilización de los medios con que cuenta, para evitar reconocimientos o solapamientos reiterativos en el niño y duplicidad en las exploraciones.
 - b) Con los Servicios Sociales de Administración Locales y Autonómicas.
 - c) Con los Hogares y residencias infantiles.
- **Área de Justicia:**

Establecer y acordar con los servicios judiciales los criterios de apoyo y coordinación, especialmente con el Tribunal Tutelar de Menores.

3.4.3. Formación, docencia e investigación

Para poder prestar una atención y asistencia adecuadas en SMIJ, es preciso una correcta formación específica para los técnicos y profesionales directamente implicados, e instrumentos teóricos y prácticos para el resto de los profesionales que intervienen en la atención a la infancia y la adolescencia.

Para ello, es imprescindible la elaboración de un programa de formación continua de reciclaje en función de las necesidades para aquellos profesionales que se ocupan de la atención a la S.M.I.J.

Esto se consigue mediante:

- La realización de Programas formativos para profesionales de:
Atención Primaria (médicos generales, pediatras, enfermería, etc.), los Equipos de Orientación Educativos y Psicopedagógicos, nuevos profesionales en S.M.I.J. (MIR y PIR).

- Formación continuada de los miembros del equipo de S.M.I.J. a través de:
 - Sesiones clínicas y bibliográficas.
 - Asistencia a congresos, cursos, seminarios, talleres, etc.
 - Entrenamiento para el desarrollo de programas de investigación.
 - Supervisión clínica.

Para cualquier programa de investigación, es necesario establecer un sistema de evaluación y registro de casos moderno y útil. A partir de aquí, las tareas en este campo pueden ser infinitas.

Es imprescindible la realización de un estudio epidemiológico a nivel regional, y en cada Área de Salud, con el fin de adecuar mejor la asistencia a las necesidades.

3.4.4. Gestión y evaluación

Mediante:

- La redacción de informes, cumplimentar las Historias Clínicas, cartas, actividad telefónica, etc.
- Correspondencia.
- La elaboración de la memoria anual.
- La cumplimentación de datos de actividad y registro.

Esta última actividad es imprescindible para la evaluación de los programas, así como para la planificación de los recursos humanos y materiales, y en definitiva para la mejora de la calidad asistencial.

3.5. FUNCIONES DE LOS PROFESIONALES

Como agente de salud es el Equipo de Salud Mental en su conjunto el que asume las demandas, las ordena y las distribuye entre sus miembros, respondiendo del conjunto de las actuaciones a través del Jefe de Servicio o de la persona en quien delegue. Ello no obsta para que cada miembro del equipo asuma todas y cada una de las responsabilidades individuales que su quehacer comporta.

3.5.1. Funciones específicas del coordinador

1. Dependiendo del dispositivo será el responsable máximo del mismo, y en colaboración con los demás miembros del equipo, se ocupará de garantizar el correcto diseño, ejecución y evaluación de los programas tendentes a la consecución de los objetivos establecidos.

2. Garantizar la coordinación con los equipos de los restantes dispositivos especializados que conforman la Red de Salud Mental en el Área de Salud correspondiente, así como con otros dispositivos, sanitarios o no, que estén implicados en su estructura y funcionamiento.
3. Participar en la coordinación y planificación del Área de Salud Mental a la que pertenece a través de las comisiones que a tal efecto se establezcan.
4. Coordinar las tareas administrativas, la elaboración de las estadísticas y la confección de la memoria anual.
5. Recabar la adecuada dotación de recursos materiales y velar por su correcto mantenimiento.
6. Velar por el cumplimiento de las normas que se adopten para la correcta organización y funcionamiento.
7. Atender, en el tiempo disponible para tales funciones, y sin menoscabo de las anteriormente expuestas, las tareas establecidas para su categoría profesional.

3.5.2. Funciones del psiquiatra

El psiquiatra desarrollará estas funciones con las consecuentes especificidades según el dispositivo en el que trabaje.

- ***Funciones de promoción, prevención y educación de salud***
Participación en actividades y programas orientados hacia tareas de promoción, prevención, información y divulgación de la Salud Mental Infanto-Juvenil.
- ***Funciones asistenciales***
 - Atención especializada a la población infanto-juvenil del sector de población que le corresponda, a través de diferentes formas de intervención y tratamiento, mediante técnicas y procedimientos psicoterapéuticos, diagnóstico, diagnóstico diferencial, petición de pruebas complementarias, incluyendo la prescripción de psicofármacos.
 - Indicación de derivación de pacientes a los restantes dispositivos de la red y a otras instituciones.
 - Atención domiciliaria y/o desplazamiento a otros dispositivos comunitarios en caso necesario.
 - Atención a las urgencias, incluidas las guardias hospitalarias que corresponda, en el hospital de referencia.
 - Intervenir en las actividades de rehabilitación.
 - Participación directa en la elaboración, ejecución y evaluación de los programas relacionados con la infancia y la adolescencia.
- ***Funciones docentes y formativas***
 - Participación en las actividades de formación continuada pregrado, postgrado, y de los miembros del equipo del cual forma parte.

- Desarrollar y participar en los programas de formación continuada dirigidos a otros agentes de salud (médicos de A.P.) u otros colectivos que se coordinan con la Red de Salud Mental, a través de reuniones, supervisión, seminarios, interconsultas, casos clínicos, etc.
- **Función investigadora**
Participar en las líneas básicas de investigación establecidas.
- **Funciones de gestión**
 - Colaborar en la elaboración de la memoria anual.
 - Cumplimentación de la ficha básica de registro de actividad diaria.
 - Recogida de datos en el Registro de Casos Psiquiátricos (R.C.P.).
 - Cumplimentación de las Historias Clínicas.
 - Elaboración de informes clínicos y documentos oficiales.

3.5.3. Funciones del psicólogo especialista en Psicología Clínica

El psicólogo desarrollará estas funciones con las consecuentes especificidades, según el dispositivo en el que trabaje.

- **Funciones de promoción, prevención y educación de la salud**
Participación en actividades y programas orientados hacia tareas de promoción, prevención, información y divulgación de la Salud Mental Infanto-Juvenil.
- **Funciones asistenciales**
 - Atención especializada a la población infanto-juvenil del sector de población que le corresponda, a través de diferentes formas de intervención y tratamiento, mediante técnicas y procedimientos psicoterapéuticos, diagnóstico, diagnóstico diferencial y petición de pruebas complementarias.
 - Indicación de derivación de pacientes a los restantes dispositivos de la Red y a otras instituciones.
 - Atención domiciliaria y/o desplazamiento a otros dispositivos comunitarios en caso necesario.
 - Atención a las urgencias.
 - Intervención en las actividades de rehabilitación.
 - Participación directa en la elaboración, ejecución y evaluación de los programas relacionados con la infancia y la adolescencia.
- **Funciones docentes y formativas**
 - Participar en las actividades de formación continuada pregrado, postgrado, y de los miembros del equipo del cual forma parte.
 - Desarrollar y participar en los programas de formación continuada dirigidos a otros agentes de salud (médicos de A.P.) u otros colectivos que estén en coordi-

nación con la Red de Salud Mental a través de reuniones, supervisión, seminarios, interconsultas, casos clínicos, etc.

- ***Función investigadora***

Participar en las líneas básicas de investigación establecidas.

- ***Funciones de gestión***

- Colaborar en la elaboración de la memoria anual.
- Cumplimentación de la ficha básica de registro de actividad diaria.
- Recogida de datos en el Registro de Casos Psiquiátricos (R.C.P.)
- Cumplimentación de la Historia Clínica.
- Elaboración de informes clínicos y documentos oficiales.

3.5.4. Funciones del trabajador social

- ***Funciones de promoción y prevención***

- Información, asesoramiento, orientación y gestión de recursos sociales a pacientes y familiares para la mejora de las situaciones problemáticas y de su calidad de vida.
- Promoción del trabajo en equipo y coordinación con trabajadores sociales y profesionales de otras instituciones públicas y privadas para conseguir una mejor utilización de los recursos normalizados y de intervención de tipo comunitario.
- Colaboración en la detección de personas, sectores y grupos sociales susceptibles de presentar problemas específicos, y determinar los principales factores de riesgo psicosocial relacionados con ellos.
- Potenciar la creación y el cuidado de las redes sociales que apoyen el proceso iniciado con los pacientes y sus familias.

- ***Funciones asistenciales***

- Atención especializada al sector de la población que le corresponda, bien individualmente o en colaboración con otros miembros del equipo.
- Realización de las visitas domiciliarias necesarias para completar la información y seguimiento de las situaciones socio-familiares del paciente, así como el desplazamiento a otros dispositivos comunitarios en caso necesario.
- Gestión de la derivación de los restantes dispositivos de la Red o a otros servicios de aquellos pacientes que lo requieran.
- Potenciación, apoyo y favorecimiento de la relación entre los afectados y sus familiares, aunando el esfuerzo de todas las partes implicadas.
- Mantener la conexión con los servicios e instituciones pertinentes, a fin de garantizar la continuidad de la atención a los pacientes.
- Evaluar el malestar psicosocial de los pacientes, prestando especial atención tanto a los factores que influyen en la génesis de los conflictos psicosociales como a las diversas formas que adquiere la vivencia personal de esos conflictos.

- ***Funciones docentes e investigadoras***
 - Participar en la planificación y ejecución de actividades clínicas, formativas, de investigación y coordinación a los equipos de Atención Primaria y a los programas de prevención y promoción de la salud.
 - Participación en las actividades de formación y de investigación establecidas en Salud Mental en relación con la infancia y la adolescencia.
- ***Funciones de gestión***
 - Realización de la historia social del paciente para el conocimiento de las interacciones existentes en los distintos contextos: social, educativo, familiar, económico y cultural.
 - Participación directa en la confección de las correspondientes memorias y estadísticas.

3.5.5. Funciones del enfermero (D.U.E.)

Son funciones de los DUE la prestación de los cuidados orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades e incapacidades.

- ***Funciones de prevención y promoción***
 - Prevención de los trastornos mentales mediante programas de detección precoz, en estrecha colaboración con las instituciones educativas, sanitarias, sociales, etc.
 - Atención especial a hijos de padres psicóticos.
 - Promoción de la Salud Mental Infanto-Juvenil en instituciones sanitarias y no sanitarias.
- ***Funciones asistenciales***
 - Realización de diagnósticos de enfermería y prestación de los cuidados correspondientes en el propio centro o en el domicilio.
 - Administración del tratamiento correspondiente, valoración de posibles efectos secundarios, tomas adecuadas de tratamiento, etc.
 - Información, asesoramiento y apoyo a las familias y al niño o adolescente.
 - Intervención en el medio familiar.
 - Atención especial a enfermos psíquicos crónicos.
 - Colaboración en la reinserción social de niños con trastornos mentales graves.
- ***Funciones docentes e investigadoras***
 - Participación en las actividades de formación de pregrado y postgrado de los profesionales sanitarios, así como en los programas internos de formación continuada.
 - Promoción, colaboración y realización de trabajos de investigación de Salud Mental Infanto-Juvenil.

- ***Funciones de gestión***

- Participación en la elaboración de las correspondientes memorias.
- Colaboración en la elaboración de las estadísticas.
- Colaboración en la cumplimentación de las historias clínicas.

3.5.6. Funciones del auxiliar de enfermería

- ***Funciones de prevención y promoción***

- Colaboración con el DUE en los programas de detección precoz.
- Δ Funciones asistenciales.
- Atención específica a los pacientes acogidos a los programas de pisos, hogares y otros centros de acogida.
- Colaboración con el DUE en las funciones propias de enfermería, tanto en dispositivos hospitalarios como extrahospitalarios.

- ***Funciones de gestión***

- Información al usuario, acogida y canalización de la demanda asistencial hacia los restantes miembros del equipo, en colaboración con el administrativo.
- Participación directa en la elaboración, ejecución y evaluación de los programas del dispositivo asistencial que le corresponde, así como en la confección de las correspondientes memorias y estadísticas.

3.5.7. Funciones del auxiliar administrativo

- Organización, control, mantenimiento y actualización del archivo de historias clínicas.
- Control, distribución y puesta al día de la dotación de material de oficina y fungible.
- Control de la agenda de citas de pacientes, así como la canalización del correo.
- Llevar el registro de entradas y salidas de documentos, así como la canalización del correo.
- Recogida y almacenamiento de los datos estadísticos.
- Participar en actividades de formación profesional continuada.
- Participar con el resto del equipo en la discusión de todos aquellos aspectos organizativos que surjan para la mejora de la actividad, tanto del trabajo interno como de prestaciones al usuario.
- Información al usuario. Acogida y canalización de la demanda asistencial hacia los recursos de su lugar de trabajo o hacia el resto de la red asistencial.
- Participación directa en la elaboración, ejecución y evaluación de los programas, así como en la confección de las correspondientes memorias.

Funcionamiento de las Unidades y
Servicios de Salud Mental Infanto–Juvenil

4

El modo de funcionamiento de un servicio realizado por un equipo clínico incide sobre la calidad de las prestaciones que se proporcionan a la población. De esta manera, los distintos elementos de la organización y su funcionamiento interactúan para crear un perfil de calidad del servicio que se inicia desde la recepción del usuario.

La vía de entrada a la Atención en Salud Mental Infanto-Juvenil será la Atención Primaria. Aún en el caso de que la derivación proceda de otras especialidades sanitarias o de servicios hospitalarios de urgencias, estas solicitudes serán encauzadas a través de su Centro de Salud. Esto conlleva un contacto mayor con pediatras y médicos de familia, desarrollando metodologías de trabajo conjuntas que favorezcan la discriminación en los casos de derivación e incide en un mejor abordaje de aquellos casos que no precisen de los servicios especializados.

Caso particular es el de las derivaciones procedentes de las Unidades de Hospitalización total o parcial, desde donde puede hacerse la derivación directa a las USMCs.

El trabajo en equipo se pone de manifiesto desde la entrada del usuario. Esto supone la recepción y acogida de la demanda y la toma de decisiones en la intervención que compromete a todo el equipo, contribuyendo y participando todos desde sus distintas funciones.

La información recabada durante la acogida se presenta en reuniones periódicas del equipo, que decidirá el encuadre más adecuado a seguir respecto al tratamiento e implicación en el mismo por parte de los distintos profesionales. Así mismo, se procederá a la asignación de un profesional responsable del caso.

4.1. NIVELES ASISTENCIALES EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

Existen distintos niveles de cuidados en Salud Mental para la población Infanto-Juvenil.

- I. En un **primer nivel de atención** no especializada en Salud Mental Infanto-Juvenil, se incluye la Atención Primaria de Salud y la de otros Agentes no sanitarios: Educación (Equipos de Orientación psicopedagógica), Servicios Sociales, O.N.G.s, Asociaciones, etc. Estos dispositivos ofrecen atención no especializada en Salud Mental a través de profesionales capacitados para identificar problemas de salud en su origen, apoyar y aconsejar algunos casos y tratar problemas leves, reconocer las necesidades que requieran de intervenciones complejas, valorar situaciones graves que requieren derivación a un segundo nivel de tratamiento, identificar situaciones de riesgo y gravedad patológica para ser derivadas a las USMCs con carácter preferente o urgente, promover la Salud Mental y realizar prevención en la población infanto-juvenil, basándose en las directrices del Programa de Salud Infantil (Anexo).

Este primer nivel de atención, a través de pediatras y médicos de familia es la vía de acceso a la atención especializada en Salud Mental Infanto-Juvenil, requiriendo una coordinación y colaboración entre ambos niveles a través de:

- Interconsultas pediatra y/o médico de familia con especialista de Salud Mental.
- Reuniones programadas entre los Equipos de Atención Primaria y los Equipos de las USMCs para estudio y seguimiento de casos comunes.

II. En un **segundo nivel de atención**, la actividad asistencial especializada en Salud Mental Infanto-Juvenil se desarrollará de forma ambulatoria en las USMCs. En ellas, se atenderán patologías más graves tal como se contempla en el Programa de Salud Infantil (Anexo)

La existencia de una buena coordinación entre los distintos niveles de atención contribuye a una utilización equitativa de los recursos especializados de Salud Mental para niños/as y jóvenes.

Las USMCs han de mantener una relación fluida con Atención Primaria, prestándole Asesoría, Consultoría y Formación. De esta manera, los Equipos de las Unidades de Salud Mental han de participar en el diseño y ejecución de los programas de detección, prevención y promoción de la Salud Mental que se desarrollen en Atención Primaria.

III. En un **tercer nivel de atención** en Salud Mental Infanto-Juvenil se halla la hospitalización total y parcial, y otros servicios específicos de tipo terapéutico/rehabilitador como Centros de Día, etc.

En algunos casos que resulte insuficiente el tratamiento ambulatorio, será necesario continuar el tratamiento a nivel hospitalario en orden a la continuidad de cuidados integrales, de modo intensivo y especializado.

La hospitalización debe disponer de un programa propio para los pacientes que precisen de este dispositivo, independientemente de dónde se realice el mismo, bien en el Servicio de Pediatría del Hospital General, en la Unidad de Psiquiatría o en Hospital de Día.

4.2. EL PAPEL DEL EQUIPO DE ATENCIÓN PRIMARIA EN LA ATENCIÓN INFANTO-JUVENIL

La demanda asistencial a las USMCs ha de venir siempre canalizada a través de Atención Primaria (pediatra y médico de familia).

El médico de Atención Primaria será el referente en el proceso de salud/enfermedad del paciente, lo que favorece la coordinación entre Atención Primaria y Salud Mental a través de métodos y programas de actuación conjunta.

Se podría resumir el papel del Equipo de Atención Primaria en:

1. Prevención y promoción de la Salud Mental (a través del Programa de Salud Infantil).

2. Detección temprana de factores de riesgo y de señales de alerta (Anexo).
3. Valoración y seguimiento de los casos detectados.
4. Tratamiento.
5. Solicitud de interconsulta a la USMC para los pacientes que lo precisen.
6. Derivación de los pacientes a la correspondiente USMC.
7. Colaboración terapéutica con las USMCs en el tratamiento de los pacientes.

4.3. EL EQUIPO COMUNITARIO DE ATENCIÓN A LA SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL (USMC)

Una vez que el paciente accede a la USMC será atendido por el Equipo multidisciplinar que llevará a cabo las actuaciones diagnósticas y terapéuticas que el paciente requiera. El funcionamiento del mismo incide de modo muy importante en la calidad de las prestaciones que ofrece a los usuarios, niños y jóvenes.

4.3.1. Recepción y evaluación en la USMC

Constituye la toma de contacto del paciente con la Unidad y se establece a nivel administrativo.

Cada paciente debe ser remitido por su médico de Atención Primaria con la solicitud de interconsulta, indicando el carácter de la misma, ajustándose a los criterios de derivación (Anexo).

Cualquier petición de asistencia es asumida por la Unidad en su conjunto.

En reuniones periódicas el equipo evalúa la demanda recibida en la Unidad. En ellas, se analiza la información recogida, se determina si se prioriza la atención a algún paciente, y se asigna el caso al profesional específico del Programa.

4.3.2. Primera cita con el facultativo y entrevista diagnóstica

Va encaminada a recoger la información clínica necesaria para iniciar el proceso de evaluación, diagnóstico (según criterio de la CIE-10), y elaboración de un plan o encuadre terapéutico que el psicoterapeuta considere más conveniente (dinámico, sistémico, cognitivo-conductual,...).

Estas entrevistas de evaluación, con paciente o con paciente y familia, tienen generalmente una duración aproximada de 45 a 60 minutos. Tras la evaluación realizada se procederá al alta, derivación a otros dispositivos de la Red Asistencial (sanitarios y/o no sanitarios), o tratamiento y seguimiento en la Unidad.

En el curso del tratamiento y atención al paciente, el responsable del caso puede demandar de los otros profesionales colaboración, incluso urgente, fomentando la atención multiprofesional del paciente.

4.3.3. Altas y abandono de tratamientos

Tanto en el caso de alta como de abandono del tratamiento, el profesional responsable del paciente ha de remitir informe al médico de Atención Primaria.

Se realizará una valoración de los motivos del abandono para la mejora de la calidad asistencial.

Si tras un alta o abandono de más de 6 meses, el paciente retorna a la USMC se requerirá que lo haga con nueva solicitud de su médico de Atención Primaria, puesto que el caso ha podido cambiar sustancialmente durante el período transcurrido.

En la USMC, la valoración y/o el tratamiento será realizada por el profesional que lo atendió previamente.

4.3.4. Reuniones de coordinación en la USMC

Con una frecuencia semanal, se realizarán reuniones de Equipo para abordar problemas asistenciales o situaciones difíciles e imprevistas surgidas de la práctica cotidiana.

4.4. LA HOSPITALIZACIÓN EN SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

La hospitalización trata de cubrir una demanda que requiere de servicios muy especializados y actuaciones intensivas para algunos cuadros graves, en los que en un momento determinado de su evolución puede resultar insuficiente el tratamiento ambulatorio.

La indicación de hospitalización se hará desde las USMCs y/o desde el Hospital de Día con informe clínico. Los ingresos se realizarán a través de los Servicios de Urgencias de los Hospitales Generales o como ingreso programado.

En el momento del alta hospitalaria, se derivará a su USMC de referencia o al Hospital de Día, acompañado del correspondiente informe clínico del hospital.

Hasta la edad de 14 años (edad pediátrica) se realizarán los ingresos en las Unidades de Pediatría de los Hospitales Generales. Dichas Unidades deberán estar acondicionadas tanto desde el punto de vista estructural como de recursos humanos para las características de la población Infanto-Juvenil.

A partir de esta edad, como ocurre en el resto de la Atención Especializada, si se requiere un ingreso hospitalario por las características psicopatológicas que presenta el paciente, se realizará el ingreso en las Unidades de Internamiento Breve de los Hospitales Generales, con el consiguiente informe clínico dirigido al Juzgado a través de la Asesoría Jurídica, dando cumplimiento al Artículo 763 de la Ley de Enjuiciamiento Civil, donde se recoge lo siguiente: *“El internamiento de menores se realizará siempre en un establecimiento de Salud Mental adecuado a su edad, previo informe de los servicios de asistencia al menor”*.

El Hospital de Día para niños y adolescentes es un dispositivo asistencial para el tratamiento intensivo de los trastornos mentales severos que aparezcan en estos períodos de la vida.

Es un recurso de hospitalización parcial que facilita conseguir la mejora clínica o la remisión sintomática sin separar al niño de su medio familiar, escolar y social. En este dispositivo, es fundamental la división de los pacientes por edades, ya que evolutivamente los intereses y características de los niños y adolescentes son muy distintos a lo largo del proceso de crecimiento.

Debe posibilitar el cambio emocional y cognitivo de forma estable, permitiendo una mejor adaptación a la realidad, así como una mejora de las competencias relacionales que facilite una reincorporación a la vida en la comunidad, donde podrán continuar el tratamiento ambulatorio oportuno. Así mismo, se plantea como esencial el trabajo con la familia, ayudando a contener y elaborar las ansiedades y ambivalencias generadas por la enfermedad y actuando sobre los factores familiares influyentes en la misma.

La hospitalización de día representa un momento terapéutico y no la única o prioritaria modalidad terapéutica para una edad o un proceso psicopatológico. Como dispositivo asistencial intermedio, la población no puede acceder directamente, sino que precisa prescripción terapéutica específica desde las USMCs o desde hospitalización total.

4.5. COORDINACIÓN CON OTROS SERVICIOS DE ATENCIÓN A LA INFANCIA Y ADOLESCENCIA

La importancia que tienen las relaciones con otras instituciones no sanitarias en el tratamiento de la problemática infanto-juvenil adquiere gran relevancia en la atención a la Salud Mental del niño y del adolescente. Es importante establecer formas de coordinación entre las Unidades de Salud Mental con los Servicios Educativos, con la Dirección General de Protección del Menor y la Familia de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales y con la Fiscalía de Protección del Menor.

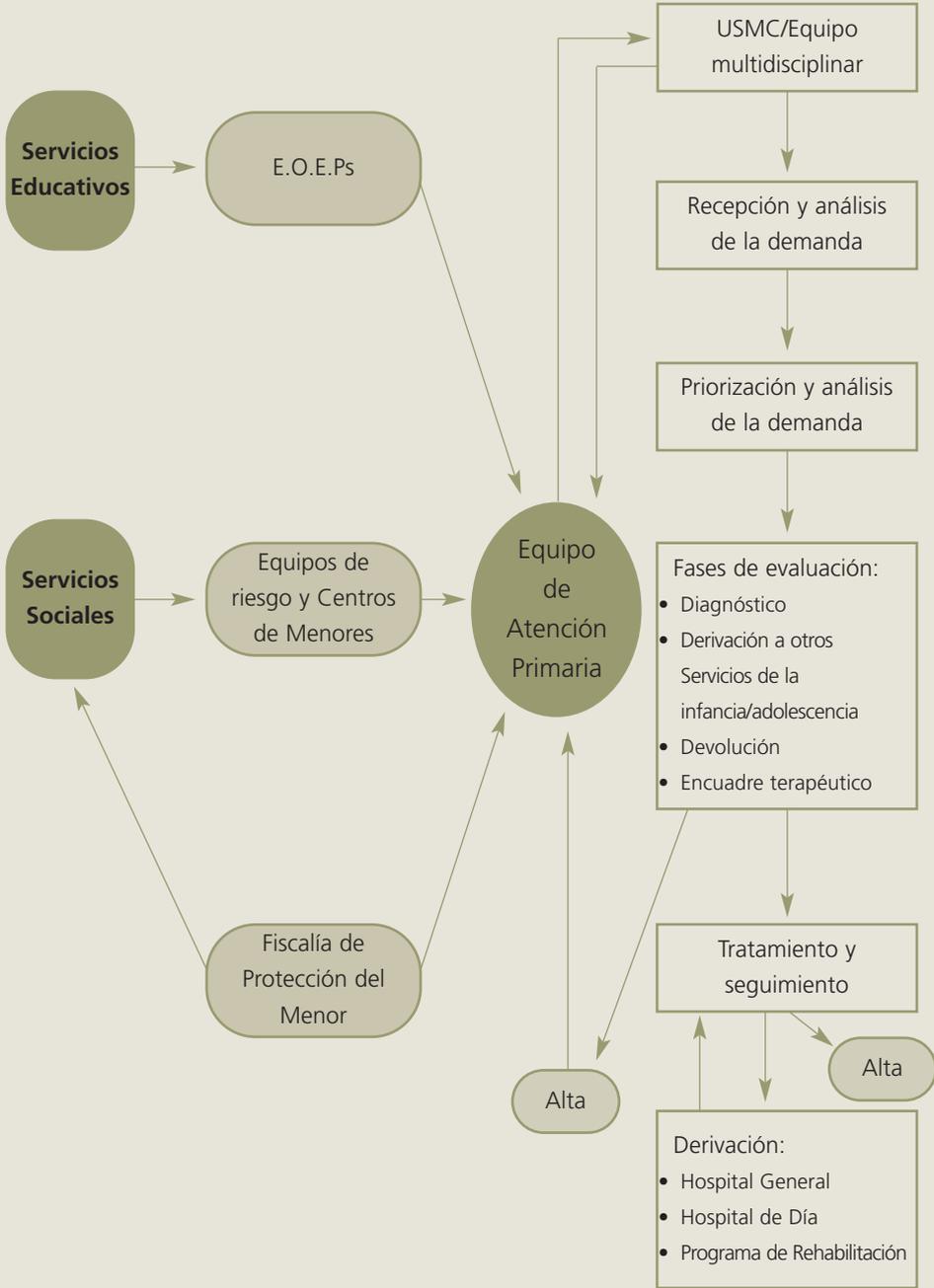
- ***Servicios educativos:***

Los Equipos de Orientación Educativa y Psicopedagógica (EOEPs) en la Enseñanza Primaria y Secundaria son los que recogen y canalizan las demandas de los profesores, tutores y otros agentes escolares hacia los servicios sanitarios de Atención Primaria.

En los centros escolares privados, sería recomendable que la canalización se estableciera a través del orientador escolar.

Los EOEPs valorarán la demanda discriminando si ésta es de carácter escolar, en cuyo caso, será abordada por los propios recursos de Educación. Si existieran sospechas o evidencias de alteraciones psicopatológicas, solicitarán al médico de Atención Primaria la intervención en Salud Mental Infanto-Juvenil acompañado de un informe.

ORGANIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LAS UNIDADES Y SERVICIOS DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL



La colaboración entre dispositivos de Salud Mental y educativos vendrán fundamentalmente a través de reuniones de coordinación en el sector y entre equipos de ambos servicios, con una periodicidad que garantice el correcto abordaje conjunto que pudieran requerir algunos casos.

Además, es práctica actual realizar reuniones solicitadas por el terapeuta y/o los orientadores para el estudio y seguimiento concreto de ciertos casos que lo requieran.

- ***Dirección General de Protección del Menor y la Familia de la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales:***

Los profesionales de los Equipos de la Dirección General de Protección del Menor y la Familia, bien directamente o a través de los servicios especializados de atención al menor de los Cabildos Insulares, realizarán la detección y valoración de los problemas de Salud Mental de los menores y ante la presencia de alteraciones psicopatológicas solicitarán la derivación del caso a la USMC que le corresponda, a través del médico de Atención Primaria, con el correspondiente informe.

Así mismo, con carácter general y de conformidad a lo establecido en el artículo 18 de la Ley 1/1997, de 7 de febrero, de Atención Integral a los menores, los profesionales de Salud Mental Infanto-Juvenil pondrán en conocimiento a los órganos y servicios insulares, municipales y autonómicos competentes, la detección y notificación de posibles situaciones de desamparo, maltrato u otra problemática socio-familiar grave, a través de un informe, comunicándolo también al médico de Atención Primaria.

Dada la gravedad y relevancia que están adquiriendo los problemas sociofamiliares del niño y del adolescente, es importante establecer reuniones periódicas de coordinación con los equipos/unidades de los Servicios Sociales (de los Ayuntamientos, Cabildos, y Servicios Centrales de la Dirección General de Protección del Menor y la Familia) para el abordaje, tratamiento y orientación de casos. Estas reuniones no excluirán la existencia de otras relacionadas con aspectos organizativos y estudio conjunto de ciertas problemáticas más generales y referidas a la relación entre los Servicios de Salud Mental Infanto-Juvenil y de la Dirección General de Protección del Menor y la Familia.

- ***Fiscalía de Protección del Menor:***

Deben establecerse fórmulas de coordinación entre los Servicios de Salud Mental infanto-juvenil y los Servicios Judiciales del Menor a nivel interinstitucional.

Así mismo, la Fiscalía de Protección del Menor realizará la valoración y detección de los problemas de Salud Mental del menor, y ante la presencia de psicopatología solicitarán la derivación del caso a la USMC del sector que le corresponda, siempre a través del médico de Atención Primaria, con el correspondiente informe.

A modo de conclusión, y dada las experiencias previas que ponen en evidencia las necesidades de coordinación, es necesario, además de las reuniones específicas de los Equipos de Salud Mental del Servicio Canario de la Salud con los Equipos de Atención a la Infancia y Adolescencia, mantener reuniones de coordinación interinstitucional para la resolución de casos que por su dificultad, requieran una puesta en común y una estrategia compartida, a petición de los servicios implicados.

DETECCIÓN PRECOZ DE TRASTORNOS MENTALES GRAVES

Introducción

La psiquiatría infantil es una rama de la Medicina que mantiene unas relaciones muy especiales con la detección precoz, ya que en los estadios iniciales de la vida, es decir, en la infancia, detectar las enfermedades es mucho más trascendente, mucho más difícil y mucho más complejo que en otras edades. Esta dificultad nace, entre otros aspectos, de la falta de una adecuada capacidad verbal en el niño, de la necesidad de utilizar información proveniente de los padres y personas que conviven con el menor y de que, como ya es conocido, casi todos los síntomas psiquiátricos pueden, igualmente, ser componentes normales de determinadas conductas o comportamientos evolutivos del niño.

Dentro del Plan de Salud de Canarias 2004-2008, la Salud Mental es uno de los temas prioritarios a abordar. Específicamente, el Objetivo 18 hace referencia a una *atención específica a la población infantil y juvenil*.

La detección precoz de problemas de Salud Mental en población infantil y juvenil se realizará por el profesional sanitario de la Atención Primaria de Salud (APS) contando con la colaboración del personal de Salud Mental.

Durante el período de vigencia del plan, se pondrá en marcha el Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil en todas las Áreas de la Comunidad Autónoma. Para ello, se garantizará que, en cada Unidad de Salud Mental Comunitaria (USMC), exista al menos un responsable del programa con dedicación exclusiva a la atención de niños y adolescentes (0-17 años), que garantice el desarrollo del mismo, y que cumpla un papel de coordinación con sus homónimos del resto de la Comunidad Autónoma, así como con el Equipo de Coordinación del Programa, que estará ubicado en el Hospital de Día de referencia. La ejecución de este objetivo se llevará a cabo de manera progresiva desde 2004 al 2008 (objetivo 21).

En la primera infancia (hasta los 6 años de edad aproximadamente), que es clave en los procesos madurativos y evolutivos, el Trastorno Mental Grave (TMG) estaría relacionado con un trastorno de la simbolización primordial. Los trastornos del desarrollo, los trastornos de la vinculación y la comunicación, los rasgos psicóticos, los trastornos del habla y del lenguaje, los trastornos graves y persistentes de funciones (sueño, alimentación, control de esfínteres, psicomotrices) son diferentes formas de manifestación de esta problemática del sujeto. Por otra parte, conviene poner de relieve la dimensión "deficitaria" que, a menudo, toman estos síntomas y que no siempre son detectados por el entorno del niño.

En esta etapa, la sospecha de un TMG supone diferentes imágenes, pero sobre todo, la del bebé que no interacciona, no mira y parece que tenga mal humor. Son niños que presentan rasgos de desconexión, indiferencia, cambios de humor no motivados, actitudes interactivas deficitarias o nulas, relaciones sociales difíciles, pero que

no siempre evolucionan hacia un trastorno grave del desarrollo, sino todo lo contrario, muchos casos mejoran con la intervención terapéutica precoz. En la etapa infantil no siempre se cumplen los criterios de autismo o de una psicosis infantil, pero se puede diagnosticar el trastorno mixto del desarrollo (CIE-9) o el trastorno multicéntrico del desarrollo (según la clasificación de 0 a 3 dentro de los trastornos de relación y la comunicación). Es evidente que todos ellos deben beneficiarse de un programa de atención específica a los TMG que garantice la intervención precoz con el fin de evitar la evolución hacia la cronificación. Por este último motivo, se ha incluido como diagnóstico de TMG el trastorno mixto del desarrollo, con sus equivalentes.

En la segunda infancia (hasta los 12 años de edad aproximadamente), el TMG a menudo toma la expresión de los trastornos del comportamiento o de la conducta. Esta sintomatología es un cajón de sastre que oculta una variedad de problemáticas muchas veces difíciles de determinar, dado que la estructura de la personalidad no está bien definida. Debemos señalar aquí la problemática "deficitaria" que cursa con síntomas inespecíficos con respecto a la angustia, el humor y los afectos, con inhibiciones importantes en las relaciones o el aprendizaje. En estos casos, se ponen de manifiesto graves alteraciones de la relación del niño con la realidad, con su propio cuerpo y con los demás.

En la adolescencia hay que tener en cuenta algunas características propias de la sociedad actual que propician síntomas relacionados con carencias en la capacidad de reflexionar sobre los sentimientos y las emociones que despiertan las situaciones de estrés. Así, los adolescentes tienden a manifestarse conductualmente por la actuación, y este hecho provoca dificultades de contención en los ámbitos educativos, sobre todo en los Institutos de Enseñanza Secundaria (IES). A veces, puede comportar la expulsión, la falta de plaza y la ausencia de vínculo social, que les puede inducir a prácticas de riesgo para sí mismos y para los demás. La pubertad, debido a los cambios corporales, reclama también cambios en la esfera psicológica y relacional: cambio en los vínculos infantiles de dependencia y consecución de una nueva identidad individual y social. Por eso, es un momento favorecedor de eclosión de diversas patologías.

PAPEL DE LOS DIFERENTES AGENTES Y REDES EN LA ATENCIÓN A LOS NIÑOS Y ADOLESCENTES CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES

Para mejorar la atención a los niños y adolescentes que padecen un TMG, o bien que se pueden encontrar en situación de especial riesgo de sufrirlo, un objetivo fundamental es que, ante la sospecha de posibles casos de TMG, desde cualquier dispositivo implicado, éstos hagan una interconsulta urgente o sean derivados lo más rápidamente posible a la Unidad de Salud Mental Comunitaria donde serán acogidos de manera inmediata; lo cual exige que se haya realizado una labor extensiva para dar a conocer las herramientas de detección en todos los recursos en los que se atienden a los niños y adolescentes, que deben ir acompañadas de un entrenamiento sobre su utilización.

El papel de la Atención Primaria de Salud

Los profesionales del ámbito de la Atención Primaria de Salud (pediatras, médicos de familia, personal de enfermería, trabajadores sociales) trabajan en el nivel asistencial idóneo desde el que pueden prevenir y promocionar la Salud Mental de los niños y adolescentes.

Así, se estima que actualmente, en nuestro entorno, aproximadamente el 28%-50% de las consultas de pediatría se refieren a dudas y conflictos sociológicos o psicosociales propios de los progenitores, además de dudas y conflictos de crianza, de desarrollo o de conductas que hay que promover o evitar, entre otros.

Así pues, la implicación de los pediatras y del personal de enfermería pediátrica es imprescindible puesto que:

- Son el primer peldaño del sistema sanitario.
- Tienen una relación continuada con el niño y la familia, y pueden establecer una relación de confianza que permite que los padres soliciten ayuda ante las dudas o las preocupaciones que se les presentan sobre el desarrollo de su hijo.
- Están capacitados para promocionar hábitos y estilos de vida saludables.
- Actúan en una etapa en la que el grado de receptividad a los mensajes de promoción de la salud es elevado.
- Pueden detectar oportuna y precozmente trastornos mentales y situaciones de riesgo de sufrirlos en las visitas previstas en este programa de salud infantil, así como en las consultas puntuales por enfermedades que se produzcan.

Los objetivos generales de la intervención preventiva de estos profesionales sanitarios son:

- Establecer una saludable y empática relación entre el pediatra, el niño y la familia.
- Aumentar las actividades de promoción de la salud, en lo relativo al desarrollo psicológico del niño y del adolescente y a la educación familiar.
- Conocer las actitudes y creencias de los padres respecto a temas de educación infantil.
- Dar respuesta a la demanda creciente de los padres que buscan en el profesional sanitario una orientación sobre temas de educación y de actitudes ante las situaciones cotidianas y las situaciones conflictivas.
- Potenciar el desarrollo de actividades preventivas de tipo psicológico y psicosocial.

Los pediatras, los médicos de familia y las enfermeras dedicadas a la atención de la población infantil deben disponer de herramientas de detección sencillas y efectivas para la derivación inmediata de los pacientes con diagnóstico de sospecha de TMG. En la primera infancia, se recomienda el CHAT (Checklist for Autism in Toddlers de Baron-Cohen). En este documento, se definen las situaciones en las que hay factores de riesgo y señales de alerta por grupos de edad, así como las situaciones que requieren la derivación a la USMC.

Será importante también que se haga un meticuloso seguimiento de la población de riesgo para prevenir precozmente la aparición de un posible TMG, y hacerlo siempre en contacto con la USMC de referencia. Igualmente, será necesaria la coordinación entre ambos dispositivos cuando el médico de familia o el pediatra atienda a pacientes que la USMC haya incluido en el programa de atención específica a los TMG.

El papel de los centros docentes de educación ordinaria y de los servicios educativos

La escuela es el marco en el que se desarrollan los aprendizajes y las capacidades cognitivas, de sociabilidad y de relación.

En el conjunto de la población escolarizada, hay algunos alumnos que presentan o pueden presentar indicios de retraso mental, trastornos generalizados del desarrollo, graves trastornos emocionales, autismo y psicosis y que, como consecuencia de cualesquiera de estas condiciones, pueden necesitar que se les proporcionen servicios y apoyos educativos específicos para que puedan conseguir los mayores logros posibles en su crecimiento personal y su progreso escolar.

Estos niños y jóvenes presentan dificultades de aprendizaje y de evolución personal. Entre otros factores los comportamientos perturbadores, las conductas desadaptativas, la baja autoestima y la falta de tolerancia a la frustración suponen una limitación e impiden el crecimiento y la maduración personal.

Los profesores del niño/a solicitarán a los equipos de asesoramiento y orientación psicopedagógica una valoración cuando lo estimen necesario; en muchas ocasiones, son ellos los que observan alguna dificultad que precisa de una valoración más profunda que realizará el equipo psicopedagógico. Este equipo derivará al pediatra de referencia todos aquellos casos en los que valoren la necesidad de realizar un diagnóstico y tratamiento clínico.

El papel de la Red de Servicios Sociales

Los Servicios Sociales Comunitarios mantendrán una coordinación necesaria con Atención Primaria para la valoración de los casos que lo consideren oportuno.

Asimismo, es importante la coordinación entre las USMC y el área de Servicios Sociales para intercambiar información de las necesidades del sector, y planificar y coordinar la utilización de los medios con que se cuenta, para evitar reconocimientos o solapamientos reiterativos en el niño y duplicidad en las exploraciones.

El papel del Área de Justicia Juvenil

El principal aspecto a desarrollar desde el área de Justicia Juvenil será establecer y acordar con los Servicios Judiciales los criterios de apoyo y coordinación, especialmente

con el Tribunal Tutelar de Menores, ya que los diversos estudios de investigación ponen en evidencia la significativa prevalencia de diagnósticos como trastornos de conductas, TDAH (Trastornos por Déficit de Atención con Hiperactividad), trastornos de personalidad fundamentalmente antisocial y límite, hasta trastornos afectivos y abuso de sustancias en los jóvenes con problemas con la justicia.

PROTOCOLO DE SALUD MENTAL INFANTIL Y JUVENIL

La detección precoz de los trastornos psicopatológicos de los niños y adolescentes está al alcance, casi en exclusiva y por pura definición, de los pediatras de Atención Primaria que tienen la ventaja de encontrarse en contacto frecuente con los niños y sus familias desde que nacen.

Dentro de la población general, existen una serie de factores que se encuentran relacionados con la aparición, o con la ausencia, de patología: Factores positivos, factores de protección y factores de riesgo, así como, señales de alerta a las que tenemos que prestar atención.

Se llama factor de riesgo a toda característica del niño y del adolescente, o a cualquier circunstancia de su entorno, que comporte una mayor posibilidad de trastornos psicopatológicos que la que se observa en la población general. Se entiende por señal de alerta aquel signo, síntoma o conjunto de manifestaciones que, si aparecen en determinada edad, han de hacer pensar inmediatamente en una posibilidad de trastorno psicopatológico.

FACTORES DE RIESGO PSICOPATOLÓGICO INFANTO-JUVENIL (cualquiera que sea la edad del niño)	
Circunstancias de la concepción y el embarazo	<ul style="list-style-type: none"> Embarazo en la adolescencia. Hijos no deseados al final del embarazo. Hijos concebidos en violaciones. Muerte de hermanos o familiares directos durante el embarazo. Embarazo de riesgo clínico. Enfermedades graves de la madre o el feto. Conductas y situaciones de riesgo prenatal: alcohol, drogas, problemas laborales o ambientales. Consecuencias de medidas diagnósticas y terapéuticas.
Circunstancias perinatales adversas	<ul style="list-style-type: none"> Partos gravemente distócicos. Prematuridad. Apgar bajo, sufrimiento fetal o perinatal. Recién nacido con enfermedad congénita o malformaciones. Separación prolongada madre-lactante. Hospitalización prolongada de la madre o del bebé.

FACTORES DE RIESGO PSICOPATOLÓGICO INFANTO-JUVENIL (cualquiera que sea la edad del niño)	
Características temperamentales difíciles (fuera de la edad típica y persistentes en el tiempo)	<p>Temperamento difícil.</p> <p>Irritabilidad o tristeza importantes.</p> <p>Irregularidades en los hábitos básicos de comer, dormir y evacuar.</p> <p>Reacciones a los estímulos «excesivas», desmesuradas.</p> <p>Dificultades en las adaptaciones a los cambios del medio: personas, objetos, alimentos...</p> <p>Inhibición conductual (predictor de trastorno ansiedad).</p> <p>Apatía, lentitud o dificultad de responder.</p> <p>Retraimiento social.</p> <p>Rechazo de lo desconocido.</p> <p>Vinculación ansiosa a la madre o figura sustitutiva.</p> <p>Activación vegetativa intensa en esas u otras circunstancias.</p>
Enfermedades crónicas	<p>Asma, obesidad, convulsiones, diabetes, neoplasias, SIDA.</p> <p>Déficit sensoriales y secuelas de enfermedades del SNC.</p> <p>Enfermedades metabólicas que originan déficit o importante ansiedad en los padres.</p>
Situaciones traumáticas puntuales	<p>Muerte de uno de los padres o de un hermano.</p> <p>Separación de los padres.</p> <p>Nacimiento de hermanos (en familias vulnerables).</p> <p>Hospitalización prolongada (del niño o de familiares o allegados próximos).</p> <p>Cambios escolares importantes.</p> <p>Ausencias prolongadas de uno o de los dos progenitores.</p> <p>Derrumbe socioeconómico familiar.</p>

FACTORES DE RIESGO PSICOPATOLÓGICO INFANTO-JUVENIL (cualquiera que sea la edad del niño)	
Características de los padres	<p>Padres muy jóvenes o muy mayores. Conflictos graves y crónicos de pareja Familias monoparentales. Enfermedades crónicas, invalidantes o graves. Padres con déficit sensoriales. Apego ansioso, rechazo primario o secundario. Trastornos psiquiátricos severos de los padres (por ejemplo, los 7 señalados en Tizón y Ciurana 1995 y 1997):</p> <ul style="list-style-type: none"> – Trastornos delirantes, esquizofrenia. – Trastornos depresivos mayores, episodio de manía. – Intentos de suicidio. – Trastornos graves de la personalidad. – Alcoholismo o abuso de (otras) drogas. – Padres con institucionalización prolongada en la infancia. – Abandonismo, negligencia, malos tratos... <p>Falta de contacto afectivo y lúdico entre el (los) progenitores y el niño. Madre sin apoyo socioeconómico. Promociones o cambios profesionales que impliquen cambios internos o externos radicales en los comportamientos de uno o de los dos progenitores Vinculación ansiosa o rechazo primario o secundario por parte de la madre. Cohabitación prolongada en culturas «occidentalizadas». Medicalización y/o institucionalización. Somatizaciones reiteradas. Consultas, exploraciones y hospitalizaciones reiteradas. Consulta en múltiples instituciones. Institucionalización prolongada.</p>
Evidencia de malos tratos físicos y psíquicos	Según los indicadores de los programas específicos.
Circunstancias socioeconómicas muy desfavorables	<p>Por causas culturales. Por causas socioeconómicas: paro sin subsidio del cabeza de familia, paro crónico de varios miembros de la familia... Cambios de residencia repetidos. Familias aisladas socialmente.</p>

SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL RECIÉN NACIDO, EL LACTANTE Y EL NIÑO DE EDAD PREESCOLAR (0-4 AÑOS) Desviaciones respecto al Programa de Salud Infantil	
Trastornos de la alimentación y/o deglución	<p>Dependiendo de la duración e intensidad de la desviación y el medio sociocultural.</p> <p>Inapetencia persistente.</p> <p>Retraso en la alimentación con sólidos.</p> <p>Vómitos o regurgitaciones reiteradas funcionales:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Cuando se acompañan de reacciones emocionales intensas de intentos de vomitar. – Después de comer en niños anoréxicos. – Mericismo y pica. <p>Trastornos digestivos de origen funcional.</p> <p>Estreñimiento o diarreas crónicas.</p> <p>Niño que habitualmente es forzado a alimentarse.</p>
Trastornos del sueño persistentes	<p>Insomnio con llanto (más de 4 semanas).</p> <p>Insomnio bizarro acompañado de actividades motrices.</p> <p>Gran insomnio (con desvinculación y evitación del contacto).</p> <p>Insomnio silencioso.</p> <p>Hipersomnia y poca reactividad.</p>
Trastornos del comportamiento	<p>Crisis de cólera.</p> <p>Oposicionismo-negativismo.</p> <p>Conductas agresivas.</p> <p>Baja tolerancia a la frustración (niño muy difícil de calmar).</p>
Temores y trastornos relacionales	<p>Temores y evitación sistemática de situaciones (fobias).</p> <p>Intensa timidez y rechazo del contacto.</p> <p>Problemas importantes con los compañeros (agresividad excesiva o aislamiento).</p>
Trastornos graves de la comunicación /relación	<p>Falta de contacto: no ríe/no mira/no habla (dentro de los límites señalados en el Programa de Salud Infantil).</p> <p>No responde a los estímulos sociales o alterna el «apego» excesivo con la falta de contacto.</p> <p>Es difícil de calmar, baja tolerancia a la frustración.</p> <p>Habla que sigue un patrón peculiar: ecolalia, verborrea, hiperinterrogación...</p> <p>Evidencia de malos tratos.</p>

SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL RECIÉN NACIDO, EL LACTANTE Y EL NIÑO DE EDAD PREESCOLAR (0-4 AÑOS) Desviaciones respecto al Programa de Salud Infantil	
Retraso en el desarrollo psicomotriz, del habla o del lenguaje	Movimientos estereotipados y repetitivos. Conductas distorsionadas: automutilación, auto o heteroagresiones... Retrasos significativos en el desarrollo del habla (expresivos, receptivos o mixtos).
Anomalías en el juego y/o en la escolaridad precoz	Inhibición del juego. No hay juego simbólico a partir de los 3 años. Problemas con los compañeros (agresividad excesiva, aislamiento, etc). Problemas crónicos en la guardería o escolarización precoz (idem).
Circunstancias de los padres, generales y específicas de esta edad	Conductas inadecuadas de los padres respecto a los cuidados de alimentación, sueño y control de los esfínteres.

SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL NIÑO DE EDAD ESCOLAR (5-11 AÑOS)	
Hipercinesia	Alteraciones de la atención. Movimiento excesivo. Impulsividad.
Signos depresivos	Tristeza Apatía, pérdida del interés. Irritabilidad.
Trastornos de la comunicación /relación	Desconexión de la realidad. Aislamiento con los compañeros y/o con los padres. Agresividad y otros problemas relacionales con los compañeros y/o los padres.
Trastornos por ansiedad	Fobias. Rituales obsesivos. Trastornos del sueño o del irse a dormir, mantenidos.
Manifestaciones somáticas de trastornos emocionales	«Quejas de dolor de cabeza» y cefaleas. Abdominalgias. Vómitos y náuseas. Alteraciones del control de los esfínteres. Síntomas conversivos y «preconversivos».
Afección o vinculación ansiosa con dependencia excesiva	«Vinculación ansiosa» hacia la madre o hacia los otros. Retraso en las adquisiciones progresivas de la autonomía.

SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICA EN EL NIÑO DE EDAD ESCOLAR (5-11 AÑOS)	
Factores dependientes de los padres, generales y específicos de esta edad	<p>Conducta de los padres no adecuadas a la edad del niño.</p> <p>Padres que no saben orientar el desarrollo, las necesidades o los límites del niño en este período.</p> <p>Ausencia de padre o madre que sirvan como modelo de identificación.</p> <p>Padres que no toleran la autonomía progresiva del niño.</p>
Fracaso escolar con disarmonías evolutivas	<p>En todas o casi todas las asignaturas.</p> <p>Más de dos repeticiones.</p> <p>Disociación importante y mantenida entre asignaturas o entre las asignaturas que implican lenguajes y el resto.</p> <p>Inhibición y bloqueo intelectual global.</p>

SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICAS INFANTOJUVENILES EN EL PÚBER Y ADOLESCENTE (12-22 AÑOS)	
Niños con problemas con la justicia	<p>Niños con protección judicial.</p> <p>Niños o muchachos con problemas con la justicia repetitivos.</p> <p>Niños sometidos a medidas judiciales.</p>
Transtornos con la conducta	<p>Agresividad en grupo o aislada.</p> <p>Conductas antisociales.</p> <p>Abandonos del hogar familiar reiterados o en malas condiciones.</p>
Transtornos de la alimentación	<p>Anorexia.</p> <p>Bulimia.</p> <p>Dietas restrictivas y ritualizadas, obsesión por adelgazar.</p>
Transtornos por ansiedad	<p>Fobias.</p> <p>Obsesiones y compulsiones.</p> <p>Crisis de angustia.</p>
Manifestaciones somáticas de trastornos emocionales	<p>«Quejas de dolor de cabeza» y cefaleas.</p> <p>Abdominalgias.</p> <p>Náuseas y vómitos.</p> <p>Alteraciones en el control de esfínteres.</p>

SEÑALES DE ALERTA PSICOPATOLÓGICAS INFANTOJUVENILES EN EL PÚBER Y ADOLESCENTE (12-22 AÑOS)	
Otros cuadros psiquiátricos definidos	Depresión / ideas de suicidio. Drogodependencia y/o abuso de drogas. Alucinaciones /delirio.
Trastornos en la comunicación y/o relación	Conflictos destructivos con violencia.
Factores dependientes de los padres, generales (tabla1) y específicos de esta edad	Padres con importantes problemas de tolerancia por las crisis de adolescencia. Padres que no aceptan la autonomía progresiva de los hijos. Padres que necesitan separarse del niño o que le hacen una demanda excesiva de autonomía. Padres que niegan radicalmente los conflictos con el hijo/a. Choques relacionales destructivos o con violencia reiterados entre un progenitor y el hijo/a. Funciones parentales sustituidas.
Circunstancias socioeconómicas de la familia graves	Especial atención a las señales en la tabla 1 (cualquier edad).
Fracaso en la escuela o el trabajo	Repeticiones o expulsiones definitivas. Muchachos aislados en cada sin cursar estudios y sin trabajar. El caso contrario: hiperresponsabilidad y focalización excluyente en los estudios.
Aborto en la adolescencia	-----.
Alta frecuentación y/o demanda espontánea de ayuda psicológica en los Servicios de Atención Primaria de Salud, Sociales o de Salud Mental	Alta frecuentación a los Servicios Sanitarios. Centros de Salud Mental o Servicios Sociales. Niño que acude para él mismo repetidamente. Niño o muchacho que acude como acompañante, haciendo funciones parentales.

Durante las diferentes visitas de controles de salud del programa, se revisarán las señales de alerta mediante preguntas relativas a lo que hace el niño durante un día de la semana y un día festivo. En caso de dudas se puede realizar el RCQ (Reporting Questionnaire for Children).

RCG		
CUESTIONARIO DE DETECCIÓN PARA LOS NIÑOS (ENTRE LOS 5 Y 15 AÑOS)		
Fecha:		
Nombre del niño:		
Edad del niño: V <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>		
Colegio: Nunca fue al colegio <input type="checkbox"/>		
Aún va al colegio <input type="checkbox"/>		
Fue al colegio hasta la edad de		
1. ¿El lenguaje del niño es anormal en alguna forma?	Sí	No
2. ¿El niño duerme mal?	Sí	No
3. ¿Ha tenido el niño en algunas ocasiones convulsiones o caídas al suelo sin razón?	Sí	No
4. ¿Se queja el niño de dolores frecuentes de cabeza?	Sí	No
5. ¿El niño ha huido de la casa frecuentemente?	Sí	No
6. ¿Ha robado cosas de la casa?	Sí	No
7. ¿Se asusta o pone nervioso sin razón?	Sí	No
8. ¿Parece como retardado o lento para aprender cuando se le compara con otros niños de su misma edad?	Sí	No
9. ¿Casi nunca juega con los otros niños?	Sí	No
10. ¿El niño se orina o defeca en su ropa?	Sí	No
Total respuestas (Una o más respuestas afirmativas: <i>interconsulta con Salud Mental</i>)	Sí	No

NOTAS RELATIVAS A LAS PREGUNTAS DEL RQC (REPORTING QUESTIONNAIRE FOR CHILDREN)	
Pregunta 1	Por anomalías del lenguaje hay que entender: <i>el niño no habla o habla con mucha indecisión, o no habla claramente, o tartamudea, o su vocabulario es demasiado restringido para su edad.</i>
Pregunta 2	Marcar Sí si los padres o acompañantes del niño indican que el sueño está constantemente agitado (incluidas pesadillas o sonambulismo) en ausencia de dolores físicos. Si el niño ha tenido recientemente fiebre o dolores, no responder Sí en caso de sueño agitado.
Pregunta 3	Asegúrese de que no se trata de caídas accidentales.
Pregunta 4	En caso de necesidad, explicar que se entiende por dolor de cabeza <i>“todo dolor de la parte superior o posterior de la cabeza del que el niño se queje”</i> . Por dolores frecuentes se entiende <i>“al menos dos veces por semana durante un mes o más”</i> .
Pregunta 5	No hay que entender por « <i>fugas</i> » el hecho de jugar con compañeros o quedar en la calle después de la hora permitida por los padres, si no el hecho de abandonar por parte del niño el domicilio familiar (por ejemplo, toda la noche) sin avisar a sus padres. Frecuentemente significa al menos tres veces.
Pregunta 6	El robo comprende solamente el hecho de coger deliberadamente objetos que el niño sabe que no debe coger (por ejemplo, dinero). El robo no comprende el hecho de sustraer pequeñas cantidades de alimentos, a menos que tal acción choque directamente contra las normas culturales que rigen el comportamiento de un niño de esa edad en la región.
Pregunta 7	Hay que dejar al padre o acompañante que juzgue por él mismo lo que entiende por « <i>tener miedo o ponerse nervioso</i> ».
Pregunta 8	El padre o acompañante debe estimar « <i>el retraso o la dificultad para aprender</i> » en relación a los demás niños de su entorno. Se trata no sólo del trabajo escolar (lectura, escritura, cálculo), sino también del aprendizaje de tareas cotidianas de la casa.
Pregunta 9	Sólo se marcará Sí cuando el niño no haya jugado casi nunca con otros niños desde hace al menos 3 meses.
Pregunta 10	No tener en cuenta la enuresis que se presenta como máximo tres veces al mes en los niños menores de 7 años. Igualmente no tendrá en cuenta la ropa manchada, si este hecho sólo se produce cuando el niño tiene diarrea o está gravemente enfermo
Observaciones:	
<ul style="list-style-type: none"> • Si una pregunta no ha sido bien comprendida, se deberá plantear de nuevo de otra manera. • Si los padres no están seguros de la respuesta, será preciso pedir información complementaria para poder decidir cuál es la respuesta adecuada. Si subsiste la duda, poner Sí. • Si la respuesta es Sí, verificar previamente que la pregunta ha sido bien comprendida según las notas explicativas que se han expuesto anteriormente. 	

El CHAT (*Checklist for Autism in Toddlers*) es un cuestionario para determinar posibles casos de niños con autismo en la exploración evolutiva rutinaria de los 18 meses por parte de Médicos Generales (MG) o Visitadores Sanitarios (VS). Se tarda alrededor de 20 minutos en completarlo.

Actualmente, el autismo se detecta hacia los 3 años. El estudio llevado a cabo por Baron-Cohen y sus colaboradores en 1992 pretende establecer si es posible detectar el autismo a los 18 meses de edad. Es especialmente importante para aquellos niños de alto riesgo, que tienen hermanos mayores con autismo. Toddler: niño pequeño, entre 1 y 2 años de edad.

En general, los pediatras no tienen un conocimiento muy específico del autismo. Este hecho, unido a la poca frecuencia del trastorno y a la dificultad para detectar síntomas de autismo en una revisión normal a edades tan tempranas tiene como consecuencia la detección tardía del autismo.

SECCIÓN A: PREGUNTAR AL PADRE/MADRE		
1. ¿Disfruta de su hijo al ser mecido, botar en sus rodillas, etc ?	Sí	No
2. ¿Se interesa su hijo por otros niños? (*)	Sí	No
3. ¿Le gusta a su hijo subirse a los sitios, como a lo alto de las escaleras?	Sí	No
4. ¿Disfruta su hijo jugando al cucú-tras/escondite?	Sí	No
5. ¿SIMULA alguna vez su hijo, por ejemplo, servir una taza de té usando una tetera y una taza de juguete, o simula otras cosas? (*)	Sí	No
6. ¿Utiliza alguna vez su hijo el dedo índice para señalar, para PEDIR algo?	Sí	No
7. ¿Usa alguna vez su hijo el dedo índice para señalar, para indicar INTERÉS por algo? (*)	Sí	No
8. ¿Sabe su hijo jugar adecuadamente con juguetes pequeños (p. ej. coches o bloques), y no sólo llevárselos a la boca, manosearlos o tirarlos?	Sí	No
9. ¿Alguna vez su hijo le ha llevado objetos para MOSTRARLE algo? (*)	Sí	No

SECCIÓN B: OBSERVACIÓN DEL MG O VS		
1. ¿Ha establecido el niño contacto ocular con ud. durante la observación?	Sí	No
2. Consiga la atención del niño, entonces señale un objeto interesante en la habitación y diga: "¡Oh, mira! ¡Hay un (nombre del juguete)!" Observe la cara del niño. ¿Mira el niño lo que usted está señalando?	Sí	No
3. Consiga la atención del niño, entonces dele una tetera y una taza de juguete y diga: "¿Puedes servir una taza de té? (*)"	Sí	No
4. Diga al niño "¿Dónde está la luz?". ¿Señala el niño con su dedo índice a la luz? (*)	Sí	No
5. ¿Sabe el niño construir una torre de bloques? Si es así, ¿cuántos? (Número de bloques:)	Sí	No

Extraído del artículo "El déficit de la Teoría de la Mente en autismo: algunas cuestiones para la enseñanza y el diagnóstico" de Baron-Cohen y Patricia Howlin, Revista Siglo Cero, Nov-Dic. 1993 y del artículo "An epidemiological study of autism at 18 months of age" de J. Swettenham, 5º Congreso de Autismo Europa, 1996.

(*) Indica las preguntas críticas que son las más indicativas de la existencia de rasgos autistas.

1. Para contestar **Sí** en esta pregunta, asegúrese de que el niño no ha mirado sólo su mano, sino que realmente ha mirado el objeto que está ud. señalando.
2. Si puede lograr un ejemplo de simulación en cualquier otro juego, puntúe Sí en este ítem.
3. Repítalo con "¿Dónde está el osito?" o con cualquier otro objeto inalcanzable, si el niño no entiende la palabra "luz". Para registrar Sí en este ítem, el niño debe haber mirado a su cara en torno al momento de señalar.

La *Sección A* evalúa nueve áreas del desarrollo, con una pregunta para cada área: juego brusco y desordenado, interés social, desarrollo motor, juego social, juego simulado, señalar protoimperativo, señalar protodeclarativo, juego funcional, atención conjunta.

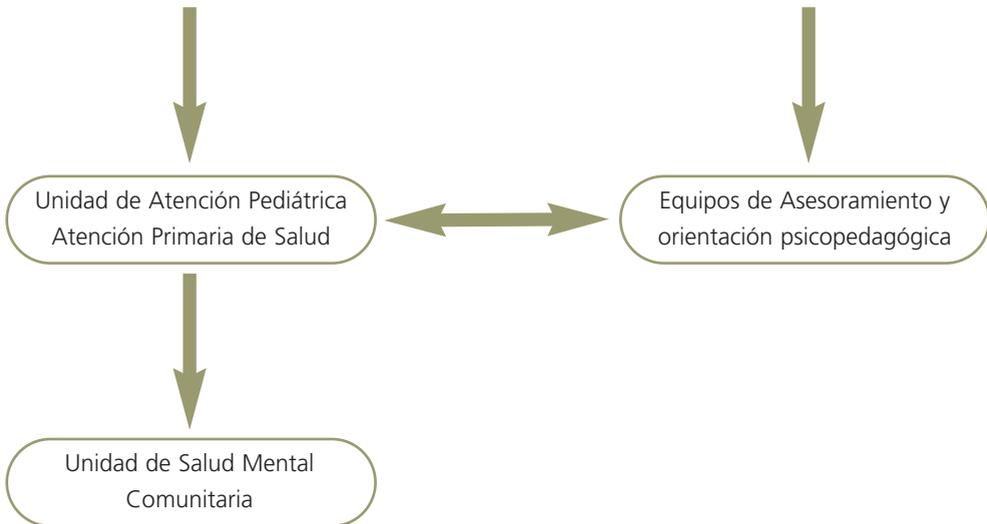
La *Sección B* se ha incluido para que el médico compruebe el comportamiento del niño, comprobando las respuestas de los padres dadas en la *Sección A*.

CRITERIOS DERIVACIÓN

Atendiendo a los factores de riesgo y/o señales de alerta detectadas, habrá que hacer un seguimiento y/o una interconsulta, o bien una derivación a las Unidades de Salud Mental Comunitarias de referencia, que se sintetizan en la siguiente tabla.

ALTERACIÓN DETECTADA	PROCEDIMIENTO
Un factor de riesgo	Seguimiento por A.P.
Más de tres factores de riesgo	Seguimiento metódico por A.P.
Varias señales de alerta	Interconsulta / derivación de la U.S.M.C.
Factores de riesgo + señales de alerta	Interconsulta / derivación a la U.S.M.C.

La derivación y la interconsulta se realizará siempre a través de la consulta de pediatría.



BIBLIOGRAFÍA

- *Prevención de los trastornos de Salud Mental desde la Atención Primaria*. J.L. Tizón García, F. Buitrago Ramírez, R. Ciurana Misol, L. Chocrón Bentata, C. Fernández Alonso, J. García Campayo y C. Montón Franco. Aten Primaria 2001 I Vol. 28. Supl. 2. Noviembre 121.
- *Recomendaciones para la atención a los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia*. Generalitat de Catalunya. 1ª Ed. Febrero 2004. ISBN 84-393-6306-0.
- *Detección y atención precoz de la patología mental en la primera infancia*. Jiménez Pascual A. , Rev. Esoc. Esp. Neuropsiq., 2002, vol XXII, nº 82, pp. 115- 126.

Necesidades asistenciales en Salud Mental
Infanto–Juvenil

5

5.1. INTRODUCCIÓN

La infancia ya no puede, ni debe, ser considerada como un mero lugar de paso lleno de dichas, pues también el sufrimiento y la perversión tienen un lugar en esta etapa de la vida. La infancia tiene un sentido propio en el ser y enfermar, por lo que hay que evitar el error de considerarla igual que el ser y enfermar de la vida adulta. Por ello, es preciso ubicar un espacio concreto para este tipo de práctica profesional y técnica con la adecuada especificidad.

Desde el reconocimiento que en Canarias la asistencia en el campo de la Salud Mental Infanto-Juvenil ha estado marcada por una historia de déficit estructurales en cuanto a la inexistencia de dispositivos y programas específicos, si bien es cierto que siempre ha existido la necesidad y preocupación por este sector de población desde las diferentes instituciones, ésta ha permanecido en estado latente y sin ser considerada una prioridad.

En el *Plan de Salud de Canarias 2004-2008*, en el apartado de Salud Mental, se contempla como objetivo general mejorar la atención a la Salud Mental a grupos específicos. Concretamente el objetivo 21 señala la necesidad de la elaboración y puesta en marcha del *Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil* en todas las Áreas de Salud de la Comunidad Autónoma.

Se incorporará a lo largo de este período, y de forma progresiva, un facultativo (psiquiatra/psicólogo) por cada Unidad de Salud Mental Comunitaria dedicado específicamente a la atención de la patología infantil y juvenil, situación que ya ha comenzado en las Áreas de Salud de Gran Canaria y Tenerife.

Así mismo, el Hospital de Día Infanto-Juvenil en Tenerife (en funcionamiento desde Diciembre de 2003), y el de Gran Canaria (funcionamiento previsto para el último trimestre de 2005), como dispositivos de referencia provincial en un tercer nivel asistencial, atenderán a la población infantil y juvenil con problemas graves de salud mental, dando continuidad al tratamiento cuando el paciente en un momento de su evolución requiera un abordaje intensivo.

5.2. INFORMACIÓN DEMOGRÁFICA

POBLACIÓN POR ÁREA DE SALUD Y TRAMOS DE EDAD. CANARIAS 2005					
	0-4	5-9	10-14	15-19	TOTAL
Fuerteventura	5.627	5.453	5.004	5.051	21.180
Gomera	791	792	857	868	3.308
Hierro	378	420	449	437	1.684
Lanzarote	7.320	6.833	6.893	7.175	28.221
Gran Canaria	39.487	39.686	41.999	47.081	168.253
La Palma	3.388	3.604	4.060	4.177	15.229
Tenerife	38.327	38.783	40.929	44.701	162.740
TOTAL CANARIAS	95.363	95.571	100.191	109.490	400.615

Fuente: Tarjeta sanitaria, población adscrita Junio 2005

POBLACIÓN POR ÁREA DE SALUD DE 0 A 19 AÑOS								
	GOMERA	HIERRO	LA PALMA	TENERIFE	LANZAROTE	GRAN CANARIA	FUERTEVENTURA	TOTAL
2.001	3.074	1.546	14.168	156.220	22.581	164.638	15.450	377.677
2.002	3.069	1.556	14.572	155.857	24.501	166.505	17.263	383.323
2.003	2.969	1.527	15.070	155.163	26.061	167.462	18.587	386.839
2.004	3.166	1.607	15.231	159.682	27.120	168.308	19.881	394.995
2.005	3.329	1.684	15.207	162.832	28.271	168.287	21.247	400.857

Fuente: Tarjeta sanitaria, población adscrita Mayo de cada año.

Los datos de la población infantil y juvenil en la Comunidad Autónoma de Canarias reflejan la necesidad de desarrollar un programa asistencial diferenciado que contemple los distintos aspectos que contribuyen al bienestar del niño e integran los recursos para una atención complementaria que evite las duplicidades, mejore los procesos e incremente la calidad de los servicios prestados. Lo que requerirá un esfuerzo importante en infraestructura y en recursos humanos.

Así mismo, es necesario contar con un sistema de información en Salud Mental, con un registro de casos psiquiátricos, requisito prioritario para el conocimiento de las necesidades clínicas y asistenciales que presenta la población de Canarias; una estructura para la recogida, procesamiento, análisis y transmisión de la información necesaria para la organización y funcionamiento de los servicios sanitarios, así como para la investigación y la docencia. En este sentido el *Plan de Salud de Canarias 2004-2008*, dentro de sus líneas estratégicas, contempla la puesta en marcha del Registro de Casos Psiquiátricos, que ya ha pasado la fase de pilotaje, estando prevista la implementación de la nueva aplicación durante el 2006.

5.3. CONCLUSIÓN

La puesta en marcha del Programa de Atención a la *Salud Mental Infanto-Juvenil* a nivel comunitario, tal y como está diseñado en el *Plan de Salud Mental 2004-2008*, se podría redefinir en el futuro hacia la creación de Unidades Comunitarias específicas para la atención infanto-juvenil sectorizada.

La Asistencia en Salud Mental
Infanto–Juvenil

6

6.1. INTRODUCCIÓN

El *Plan de Salud de Canarias 2004-2008* señaló a los niños y adolescentes como un grupo de riesgo y, por tanto, un objetivo prioritario a la hora de diseñar programas de prevención e intervención.

Esta preocupación quedó plasmada en el **Objetivo 18** de dicho plan, que dice así:

“Objetivo 18: Atención específica a la población infantil y juvenil:

18.1. La Dirección General de Programas Asistenciales del Servicio Canario de la Salud desarrollará y aplicará instrumentos de efectividad demostrada para la detección precoz de problemas de Salud Mental en población infantil y juvenil, contando con la colaboración del personal de Salud Mental.

18.2. “El personal de Salud Mental participará activamente con otras instituciones en la aplicación de programas para prevenir problemas de Salud Mental en grupos de mayor riesgo, entre los que se encuentran los niños maltratados, con SIDA, niños sujetos a medidas de protección, hijos de madre/padre con enfermedad mental grave, niños con enfermedades crónicas (trastornos profundos del desarrollo), hijos de padres toxicómanos, niños sujetos a medidas judiciales, emigrantes, niños con deficiencia mental o con trastornos de la conducta alimentaria “

6.2. OBJETIVOS DE LA ASISTENCIA EN SALUD MENTAL INFANTO JUVENIL

1. Atender la demanda de Salud Mental para la población de 0 a 17 años.
2. Elaborar programas asistenciales que den respuesta a las necesidades definidas como prioritarias para esta población.
3. Establecer canales de comunicación y coordinación con el resto de las instituciones y dispositivos que intervengan en la vida del niño.
4. Garantizar que la atención dispensada se realice con criterios de calidad y eficacia, manteniendo una continuidad de cuidados y evaluando los servicios y programas realizados.

A lo largo de este capítulo, definiremos las actividades asistenciales a desarrollar para conseguir estos objetivos y los recursos materiales y humanos necesarios para llevarlas a cabo.

6.3. RECURSOS PARA LA PRESTACIÓN DE LA ASISTENCIA

- **Recursos Humanos**

El equipo asistencial de Salud Mental Infanto-Juvenil (ver Cap. 3)

- **Recursos Materiales**

- **Infraestructuras**

Los espacios arquitectónicos deberán tener en cuenta las necesidades específicas de niños y adolescentes en cuanto a funcionalidad, amplitud, seguridad, iluminación, estética, etc.

Incluirán sala de espera, salas de terapia grupal, despachos individuales, espacio para juego, sala de observación (equipada con instrumentos para tal fin, como ventanas de visión unidireccional, cámara de Gessell, etc), sala de reuniones-biblioteca y zonas de trabajo administrativo.

- **Materiales**

Deberán ser resistentes, funcionales, seguros, atractivos para los niños y adolescentes, y de fácil renovación. Incluye:

- Material para la valoración y evaluación diagnóstica (test psicométricos, proyectivos, escalas, etc.).
- Material de juego para diagnóstico y terapia, estimulación psicomotriz y relajación.
- Material de expresión plástica (pinturas, barro, plastilina, etc.).
- Material de oficina y equipamiento informático y audiovisual.
- Material sanitario:
 - Mobiliario (pesa, camilla, etc.).
 - Instrumentos médicos (estetoscopio, esfingomanómetro, material de exploración básico, etc.).
 - Botiquín farmacológico.

6.4. MODALIDADES ASISTENCIALES

La actividad asistencial implica, en todos los niveles, acogida, evaluación, diagnóstico, tratamiento y coordinación con otros dispositivos o servicios.

6.4.1. Asistencia Ambulatoria. Segundo Nivel de Asistencia

Se lleva a cabo en las Unidades de Salud Mental Comunitarias.

- **Atención individual**

- Evaluación y diagnóstico.
 - Tratamientos farmacológicos.
 - Tratamientos psicoterapéuticos.

- **Atención grupal**

- Grupos Psicoterapéuticos para:
 - Padres.
 - Adolescentes.
 - Niños.

- Grupos de Prevención y Promoción de la salud (relajación, entrenamiento en habilidades sociales, educación sanitaria y psicoeducación).
- **Asistencia domiciliaria**
Se lleva a cabo en los casos en los que el paciente no pueda desplazarse, o como parte del tratamiento y/o de la evaluación.

6.4.2. Asistencia Hospitalaria. Tercer Nivel de Asistencia

△

- **Hospitalización total**
Se realiza en el Servicio de Pediatría hasta los 14 años y en el Servicio de Psiquiatría, a partir de esta edad.
En los casos en los que resulte conveniente, el paciente acudirá por las mañanas al Hospital de Día Infanto Juvenil.
Es necesario crear unidades de ingreso hospitalario específicas para adolescentes.
- **Hospitalización parcial**
Se lleva a cabo en el Hospital de Día para niños y adolescentes de 0 a 17 años. En él, la asistencia se organiza por grupos de edad.
Se presta especial atención a la intervención familiar, tanto individual como a través de grupos de padres, así como a la relación con la escuela del niño o adolescente. Además de atención individual, el hospital oferta numerosas actividades y programas grupales: psicomotricidad, habilidades sociales, teatro, talleres, terapia ocupacional, educación para la salud, salidas terapéuticas, grupo de juegos, etc.
Su funcionamiento ayuda a reducir los ingresos hospitalarios, e incluso a evitarlos, proporcionando una alternativa que posibilita la permanencia del niño o adolescente en su medio familiar y social, con las ventajas que esto conlleva: menor alteración e impacto en la dinámica de la vida del niño y su familia y reducción del gasto sanitario.
Dado el ámbito provincial y la ubicación centralizada de este dispositivo, se facilitará a los usuarios el medio de transporte necesario para que ningún niño o adolescente deje de recibir el tratamiento que precise por motivos de distancia geográfica.
Así mismo, se concertarán con la Consejería de Educación las medidas oportunas para garantizar el derecho a la educación de los niños hospitalizados en este dispositivo, de manera que los pacientes puedan asistir a clase en el Hospital de Día a través de la creación de una Unidad Docente. A este respecto, el Real Decreto 299/1996 de 28 de febrero de "ordenación de las acciones dirigidas a la compensación de desigualdades en educación", manifiesta en su preámbulo que dicho Decreto regula la compensación en cumplimiento del Título V de la Ley de Ordenación General del Sistema Educativo, que dice así: "*La educación y la formación tienen una dimensión más completa que la que tradicionalmente se les ha otorgado y tienen una decisiva importancia en el desarrollo de la persona en el seno*

de una sociedad tolerante y solidaria, basada en los principios de respeto de los derechos humanos y de la igualdad de oportunidades. En consecuencia, se exige y demanda a la administración educativa que aporte los recursos necesarios para garantizar que el derecho a la educación no se vea obstaculizado por factores relacionados con la desigualdad social que arbitre las medidas necesarias para que las situaciones personales transitorias de salud no generen condiciones de desigualdad en el disfrute del derecho a la educación”.

- **Recursos inmediatos**

Es necesaria la creación de más recursos intermedios como centros de día y de tarde, centros específicos para pacientes con problemas conductuales graves, recursos residenciales alternativos, dispositivos rehabilitadores, comunidades terapéuticas, talleres, etc.

6.4.3. Priorización de las intervenciones en la U.S.M.C

Crterios de Priorización

Se tendrán en cuenta los factores clínicos y psicosociales que operan sobre el niño y el joven, priorizando en base al grado de incapacidad, desadaptación y sufrimiento padecidos.

Se valorará la etapa madurativa del niño y el joven para lograr intervenciones terapéuticas tempranas y prevención de cronificación.

Entre los factores clínicos cabe destacar:

- La presencia detectable de psicopatología infanto-juvenil severa, como:
 - Trastornos generalizados del desarrollo.
 - Psicosis y primeros episodios de esquizofrenia.
 - Alteraciones conductuales (TDA y TDAH, Trastornos de la conducta y Trastorno oposicionista desafiante).
 - Trastornos de la conducta alimentaria.
 - Trastornos de ansiedad (angustia de separación, ansiedad generalizada, fobias y TOC).
 - Trastornos afectivos, con especial atención al riesgo suicida.
 - El tiempo de evolución.
 - El deterioro de las relaciones familiares que limitan las posibilidades de cambio.
 - La comorbilidad con otras patologías.

Entre los factores psicosociales:

- Se incluyen las situaciones de riesgo por estrés psicosocial y/o déficit ambiental influyente para el desarrollo madurativo del niño y del joven.

Evaluación y estrategias de mejora

7

7.1. ASPECTOS GENERALES DE LA EVALUACIÓN

La gestión y el control de la calidad asistencial es uno de los objetivos básicos del modelo de asistencia a la Salud Mental Infanto-Juvenil. Es responsabilidad del Servicio Canario de la Salud la gestión y el control de la calidad asistencial, así como garantizar que los equipos, a través de los profesionales que lo integran, apoyen y participen en los distintos niveles de evaluación.

Se trata de conocer el proceso de la actividad asistencial para racionalizar recursos, identificar necesidades y conocer los objetivos conseguidos, tanto en función de los costos como de los efectos reales de las prestaciones en la comunidad. Es un medio para mejorar la asistencia que no puede concebirse aislada, sino ligada al proceso de planificación. En definitiva, se trata de mejorar la calidad de vida de los pacientes y usuarios.

7.2. REQUISITOS PARA LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA DE SALUD MENTAL INFANTO-JUVENIL

- *Evaluación de la estructura*

Está en relación a la accesibilidad, a los recursos materiales, humanos y organizativos cuyos indicadores serían, entre otros, el número de profesionales necesarios en el programa, la calidad de los sistemas de registro, el tiempo medio de espera de los pacientes, los protocolos, las historias clínicas, las infraestructuras o dispositivos, y la coordinación inter e intraservicios, e interinstitucional.

- *Evaluación de las actividades*

Está en relación con la medición de la **cobertura** (porcentaje de individuos de la población infanto-juvenil del Área de Salud que han entrado en contacto con el programa: pacientes nuevos o de reinicio), el **cumplimiento** (número de pacientes que permanecen en el programa) y la **satisfacción** (es el resultado de la relación entre el paciente y los profesionales del equipo que lo atiende).

- *Evaluación de los resultados de la asistencia*

Está en relación a la actividad asistencial, y se realiza mediante una serie de indicadores estadísticos y estándares asistenciales cuantificables de tipo epidemiológico y administrativo, que darían cuenta de la **eficacia** (objetivos conseguidos por el programa en condiciones ideales), de la **eficiencia** (objetivos conseguidos en función de los costos) y de la **efectividad** (los resultados reales en la comunidad).

7.3. INDICADORES DE EVALUACIÓN

7.3.1. Indicadores cuantitativos

- **Indicadores de actividad**

Son aquellos que miden la cantidad de intervenciones de todo tipo que llevan a cabo los dispositivos que dispensan la atención en Salud Mental Infanto-Juvenil a una población determinada geográficamente. Su interés está a un nivel comparativo con otros dispositivos de áreas similares.

Los más utilizados son:

- N° total de pacientes vistos por unidad de tiempo (generalmente 1 mes) que se desglosa en: n° pacientes nuevos, n° revisiones.
- N° total de contactos (revisiones) que estos pacientes generan.
- N° de pacientes por diagnóstico, registro de morbilidad psiquiátrica en la zona.
- N° de altas por causas de alta.
- N° de personas ingresadas por trastorno mental.
- N° de interconsultas.
- N° de visitas domiciliarias.
- N° de actividades de educación para la Salud Mental.
- N° de intervenciones en la comunidad.

- **Definición de indicadores**

- **Incidencia:** n° de pacientes nuevos $\times 1000/n^{\circ}$ de habitantes.
- **Prevalencia:** n° de pacientes atendidos $\times 1000/n^{\circ}$ de habitantes.
- **Frecuentación:** n° de consultas ambulatorias $\times 1000/n^{\circ}$ de habitantes.
- **Consultas/paciente año:** n° de consultas ambulatorias/ n° de pacientes atendidos.
- **Índice de consultas:** n° de consultas sucesivas/ n° de primeras consultas.
- **Estancia media:** n° de estancias/ n° de ingresos.
- **Relación ingreso/reingreso:** n° de ingresos nuevos/ n° total de ingresos.
- **Índice de rotación:** n° de ingresos/ n° de camas o plazas.
- **Porcentaje de ocupación:** n° de estancias $\times 100/n^{\circ}$ de camas o plazas $\times n^{\circ}$ de días del período.

INDICADORES BÁSICOS DE ACTIVIDAD ASISTENCIAL		
ACTIVIDAD HOSPITALARIA	Hospitalización breve	Camas / 1000 hab. Nº de ingresos / 1000 hab. Estancia media Ingreso / reingreso
	Hospital de día	Plazas / 1000 hab. Nº Ingresos / 1000 hab. Duración media del ingreso (días) Índice de Rotación Porcentaje de ocupación
ACTIVIDAD AMBULATORIA		Incidencia Prevalencia Frecuentación Consultas / paciente año Índice de consultas

- **Indicadores de Funcionamiento**

Son aquellos que miden el tipo de intervenciones y, sobre todo, la forma en que éstas se producen. Ofrecen información valiosa de la dinámica del servicio y su capacidad de dar respuesta a las demandas de la población que atiende.

Los más importantes son:

- Tiempo en lista de espera antes del primer contacto.
- Nº de abandonos expresados por diagnóstico.
- Nº de citas preferentes por diagnóstico.
- Nº de retornos por diagnóstico.
- Nº de pacientes con contactos ininterrumpidos durante períodos de tiempo mayores de 6 meses, de 1 año y de 5 años.

Es imprescindible establecer una serie de definiciones de las principales variables con las que construimos los indicadores asistenciales, de manera que se unifiquen criterios entre todos los profesionales que trabajan en la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil, para que los datos que se recojan puedan ser comparables entre las distintas áreas.

- **Variables principales**

- **1ª Consulta:** Primera vez que una persona es atendida en la Unidad de Salud Mental Comunitaria por un profesional de Salud Mental que incluye el inicio de un proceso de evaluación y la apertura de la Historia Clínica.

- **Revisión:** Todas aquellas visitas sucesivas a la primera, propuestas o generadas por el profesional, programa o proyecto terapéutico establecido en la Unidad de Salud Mental Comunitaria. Engloba todos los demás contactos que el paciente establece con la unidad.

- **Retorno:**
Se considera como tal:
 - Todo contacto con la unidad cuando haya transcurrido un mínimo de 6 meses desde el contacto anterior.
 - Todo nuevo contacto por una patología distinta.
 - Todo contacto antes de 6 meses del anterior cuando dicho contacto es posterior a una derivación sin seguimiento.

Todo retorno es el inicio de un nuevo episodio (la misma o distinta patología), pero lleva parejo la existencia de una 1ª consulta y una finalización previas.

- **Alta:** Todas las altas realizadas a instancias o asumidas por el terapeuta por distintos motivos :
 - Fin de tratamiento (mejoría o curación).
 - Derivación o traslado.
 - Voluntaria (decidida por el paciente de forma unipersonal).
 - Fallecimiento (indicando la causa).
 - Suicidio.

El alta se registrará siempre en la Historia Clínica junto con la modalidad en que ésta se produce. Se acompañará siempre de informe para el paciente, para médico de Atención Primaria y para la Historia Clínica.

- **Abandono:** Este se produce cuando la salida del centro es a iniciativa del paciente. A diferencia con el alta voluntaria, el paciente no notifica su intención de abandonarlo, tampoco avisa, ni disculpa su ausencia a la cita. Es oportuno distinguir dos tipos de abandono:
 - Entre las cinco primeras entrevistas.
 - Después de la quinta entrevista.

Para que se produzca un abandono, se considera que deben transcurrir 6 meses desde el último contacto, de forma que si se implanta un registro sería él mismo el que nos permite conocer los abandonos si incorporamos un ítem al registro que contemple si el paciente acude o no a la consulta.

- **Procedencia o remitente:** Aquí nos referimos a la institución o profesionales que envían al paciente al Equipo de Salud Mental.
- **Derivación:**
Hay dos tipos de derivación:
 - a) Derivación sin seguimiento. Esta se realiza desde las Unidades de Salud Mental a otro dispositivo o institución que el equipo considera que sea más pertinente para responder a la demanda del caso. Un contacto posterior con la Unidad de Salud Mental debe notificarse como retorno.
 - b) Derivación con seguimiento. Son aquellos pacientes que, aunque derivados a otros dispositivos, el equipo mantiene contacto de forma que el equipo participa en los cuidados al paciente durante el período en que es atendido en el dispositivo al que se deriva. La vuelta del paciente al centro deberá notificarse como un contacto más.
- **Lista de espera:** Ésta se contempla una vez que el usuario es evaluado y se encuentra en espera de ser asignado a un programa o intervención terapéutica. Se considera:
 - a) Número de usuarios en lista de espera: Es el número de usuarios en espera de ser asignados a tratamiento el último día del período informado (Ej: el primer día de cada mes)
 - b) Número de días en lista de espera: Es el número de días transcurridos del usuario que más tiempo lleva esperando a ser asignado a tratamiento en la Unidad de Salud Mental Comunitaria el último día del período informado (Ej: el primer día de cada mes).Se recomienda que la lista de espera no supere los quince días.
- **Profesional responsable:** En el caso de que el paciente siga un proceso terapéutico que implique a varios profesionales, siempre se nombrará a uno de ellos, perteneciente a la Unidad de Salud Mental en la Atención Infanto-Juvenil, como responsable del tratamiento y será éste el que firme el alta del paciente.

7.3.2. Indicadores cualitativos

Son aquellos que miden los resultados de un proceso. Es decir, su interés y aplicabilidad se centran más en las actuaciones terapéuticas que en la actividad global de un servicio.

Fundamentalmente serían:

1. Indicadores basados en el análisis de resultados

Miden el grado de cumplimiento de los objetivos que se han establecido previamente a una intervención o programa terapéutico determinado.

2. Indicadores de satisfacción

Miden el grado de aceptación con la atención recibida. Se trata de recoger las apreciaciones subjetivas de los usuarios de los servicios y de sus familiares.

Hay dos tipos de componentes que influyen:

- a) Los que se relacionan con problemas de accesibilidad (geográfica, burocrática, etc.) y disponibilidad (trato recibido, capacidad de generar confianza, etc.).
- b) Los que se relacionan con las expectativas que los usuarios y sus familiares tienen cuando solicitan una intervención terapéutica.

3. Indicadores de calidad de vida

Miden el grado de repercusión que las intervenciones realizadas por el equipo han tenido en todos los ámbitos de la vida del sujeto o la situación global del mismo. Hace referencia a la utilidad subjetiva percibida por el sujeto y su familia de la intervención terapéutica recibida.

Formación, Docencia e Investigación

8

La adecuada calidad asistencial en Salud Mental Infanto-Juvenil pasa ineludiblemente tanto por un plan de formación continuada como por la existencia de actividades de docencia e investigación que le permitan alcanzar un nivel de calidad óptimo.

Por ello, la Administración deberá facilitar, apoyar y colaborar en la financiación de estos tres aspectos básicos de la asistencia (formación continuada, docencia e investigación) como partes integrales e inseparables de la actividad profesional, que redundarán en la mejora del desempeño de las funciones propias tanto de los profesionales de Salud Mental Infanto-Juvenil como del resto de los profesionales implicados en la asistencia (Atención Primaria, Pediatría, Servicios Sociales, Educación, etc.).

Se desarrollará a continuación en este capítulo el modelo a implementar en este sentido.

8.1. FORMACIÓN CONTINUADA

Potenciar la formación continuada de los profesionales es un objetivo prioritario del *II Plan de Salud de Canarias 2004-2008*, en su apartado de Salud Mental, cuestión imprescindible para alcanzar y mantener un adecuado nivel de calidad asistencial. Su objetivo será aumentar los recursos humanos integrados en el equipo de trabajo clínico mediante la ampliación y actualización de sus conocimientos teóricos y prácticos, por lo que dicha formación continuada deberá ser compartida por todos los profesionales pertenecientes al equipo, facilitándose así la integración de las diferentes disciplinas, concepciones teóricas, enfoques prácticos y experiencias clínicas.

Los formatos de formación continuada a desarrollar son:

1. Reuniones de equipo
 2. Sesiones clínicas
 3. Biblioteca y hemeroteca
 4. Cursos, congresos, jornadas, seminarios y simposios
 5. Supervisiones
 6. Talleres abiertos
- **Reuniones de equipo**
Estas reuniones, de periodicidad al menos semanal, se realizarán individualmente en cada equipo de Salud Mental Infanto-Juvenil y dispositivo de la Red, y tendrán como objetivos la puesta en común de los casos atendidos por primera vez, la discusión y orientación de los llamados "casos difíciles", la coordinación con otros profesionales, servicios, etc, y la discusión, organización, desarrollo y evaluación de los proyectos de investigación y otras actividades formadoras y docentes relacionadas con o desarrolladas por la propia Unidad.

- **Sesiones clínicas**

Se consideran sesiones clínicas tanto las sesiones programadas por la Red de Salud Mental, cuando haya temas de interés común, como sesiones específicas para los profesionales de Salud Mental Infanto-Juvenil, con los temas a tratar anunciados con antelación suficiente y abiertas a otros profesionales implicados en la atención a niños y adolescentes cuando el tema o el caso lo requieran (Atención Primaria, Educación, Protección de Menores, etc.). La periodicidad de las sesiones clínicas será al menos quincenal, y su formato podrá ser:

1. **Teórico:** desarrollo de un tema monográfico a cargo de un experto, mediante la exposición y posterior discusión del mismo. La presentación podrá estar a cargo tanto de un profesional de la Red como de un experto externo invitado.
2. **Bibliográfico:** revisión y discusión de los artículos más relevantes de las publicaciones de mayor impacto o prestigio en el campo de la Salud Mental Infanto-Juvenil.
3. **Casos clínicos:** presentación, revisión y discusión de casos clínicos de pacientes propios, especialmente relevantes por su dificultad, rareza o complejidades diagnósticas o terapéuticas. Deberá, en este tipo de sesiones, respetarse y garantizarse la confidencialidad del paciente.

Para su estructuración, se establecerá un calendario de sesiones de carácter anual, asignándose a los profesionales responsables de cada una el formato de la misma, procurando que, a lo largo del año, todos y cada uno de los diferentes formatos de sesión clínica estén adecuadamente representados.

- **Biblioteca y hemeroteca**

La dotación de recursos a las Unidades de Salud Mental y otros dispositivos de la red deberá contemplar la existencia de fondos bibliográficos actualizados anualmente (libros y revistas nacionales y extranjeras, acceso a Internet, medios electrónicos adecuados), así como de un espacio físico exclusivo para albergarlos.

- **Cursos, congresos, jornadas, seminarios y simposios**

Se facilitará la participación en dichos eventos acreditados mediante días laborales remunerados sin pérdida salarial, y ayuda económica para matrículas, estancia y desplazamientos, primándose la presentación de trabajos científicos en dichos eventos. Se favorecerá, de igual manera, la asistencia a cursos especializados dirigidos a la formación y actualización en la labor clínica e investigadora.

Igualmente, se facilitará y primará, tanto con ayuda económica como organizativa, la planificación de estos eventos en el área geográfica.

- **Supervisiones**

La supervisión en el trabajo clínico por parte de otros profesionales de la Red de Salud Mental Infanto-Juvenil es de especial importancia para desarrollar una adecuada calidad asistencial. Por ello, se garantizará la organización de este tipo de actividades, llevadas a cabo tanto por profesionales de la propia Red como por expertos externos, con ayuda económica y organizativa por parte de la Administración, siendo su periodicidad al menos bimensual.

- **Talleres abiertos**

Estas actividades tendrán como objetivo la supervisión, formación, coordinación y discusión clínica compartidas por los diferentes profesionales, equipos y dispositivos de la red. Podrán tener un carácter teórico o práctico, enfocados en algún caso clínico concreto.

8.2. DOCENCIA

La docencia de aspectos relacionados con la Salud Mental Infanto-Juvenil permitirá mantener al día y aumentar la calidad asistencial, sensibilizar a otros profesionales de la Sanidad y mejorar aspectos como la detección temprana y la correcta derivación de pacientes a los distintos equipos y dispositivos de la Red. Dicha actividad docente, se programará y realizará conjuntamente con los responsables académicos correspondientes (Educación, Universidad, Sanidad, etc.), y se adaptará a la dinámica asistencial de cada dispositivo. Su desarrollo dependerá de los recursos de personal con los que cuenten los dispositivos asistenciales, aunque en condiciones ideales deberá ocupar un tiempo laboral no menor del 15% del total (ó 5 horas semanales).

Los formatos de docencia a desarrollar son:

1. Pregrado.
2. Postgrado.
3. Médicos Internos Residentes (MIR), Psicólogos Internos Residentes (PIR) y Enfermeros Internos Residentes (EIR).
4. Cursos, congresos, jornadas, seminarios, talleres y simposios.
5. Docencia dirigida a otros profesionales.

- **Pregrado**

Comprende las prácticas y otras actividades de formación organizadas específicamente para estudiantes de primer y segundo ciclo de estudios relacionados con la Salud Mental Infanto-Juvenil (medicina, enfermería, etc.).

- **Postgrado**

Comprende cursos de doctorado, estudios específicos, másteres, etc., específicamente dirigidos a licenciados y diplomados en estudios relacionados con la

Salud Mental Infanto-Juvenil (medicina, enfermería, psicología, trabajo social, etc.).

- **MIR, PIR Y EIR**

Se promoverán y estructurarán programas para la formación y rotación clínica de médicos internos residentes en Psiquiatría, Pediatría y Medicina de Familia, psicólogos clínicos internos residentes y enfermeros internos residentes de Salud Mental, en coordinación tanto con las exigencias de sus respectivos programas de formación, como con los intereses individuales de dichos profesionales si éstos superaran el nivel de formación contemplado por sus respectivos programas.

- **Cursos, congresos, jornadas, seminarios, talleres y simposios**

La docencia a otros profesionales relacionados con la Salud Mental Infanto-Juvenil, impartida mediante cursos, congresos, jornadas, seminarios, talleres y simposios se apoyará y primará desde la administración autorizando su realización y facilitando la misma mediante ayuda económica y organizativa, de acuerdo con las necesidades asistenciales de los dispositivos clínicos.

- **Docencia dirigida a otros profesionales**

Comprende la organización y realización de actividades de formación dirigidas a profesorado de Educación Primaria y Secundaria, trabajadores sociales, Equipos de Atención Primaria, etc. Estas actividades se apoyarán y potenciarán desde la administración autorizando su realización y facilitando la misma mediante ayuda económica y organizativa, de acuerdo con las necesidades asistenciales de los dispositivos clínicos.

8.3. INVESTIGACIÓN

Impulsar la investigación en torno a la Salud Mental Infanto-Juvenil es objetivo prioritario del *II Plan de Salud de Canarias 2004-2008*, en su apartado de Salud Mental, dirigiéndose a potenciar el conocimiento sobre los aspectos clínicos del enfermar en los diferentes periodos evolutivos y del desarrollo, y a conocer el funcionamiento de la atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil de acuerdo a la demanda de la población que la recibe. La actividad investigadora debe ser complementaria a la clínica y favorecer el interés y motivación para organizar, protocolizar y evaluar el trabajo clínico, con el fin de mejorar la calidad asistencial. Esta tarea debe integrarse en la actividad clínica, con un tiempo de dedicación variable en función del adecuado cumplimiento de los objetivos asistenciales, pero nunca inferior a un 10% del tiempo laboral total.

Conforme a esto, las líneas de investigación prioritarias serán la epidemiológica y la clínica. Estos campos son básicos para conocer mejor los factores de riesgo y la morbilidad

(prevalencia e incidencia) en nuestro medio, y, por tanto, las necesidades asistenciales, lo que conducirá a mejorar la prevención, el diagnóstico y tratamiento de los diferentes trastornos.

- ***Investigación epidemiológica***

Deberá tender a integrar los estudios de campo con la actividad clínica y tener en cuenta la nosología específica de este grupo etario. Es importante desarrollar el sistema del R.C.P. que permita la recogida sistemática y unificada de casos en un territorio definido, evitando su duplicidad, asegurando la confidencialidad del paciente y del clínico, proporcionando un feedback informativo sobre los servicios asistenciales, con continuidad temporal del registro, y con un procedimiento unificado para todo el proceso.

- ***Investigación clínica***

Abarca la investigación del desarrollo y evolución de la infancia y la adolescencia, las bases de sus procesos psíquicos, las pruebas complementarias (psicológicas, biológicas), la psicofarmacología, las psicoterapias, etc.

CONCLUSIONES

La adecuada calidad asistencial en Salud Mental Infanto-Juvenil pasa ineludiblemente tanto por un plan de formación continuada como por la existencia de actividades de docencia e investigación que le permitan alcanzar un nivel de calidad óptimo. Desde la Administración deberán destinarse los recursos humanos, materiales y económicos necesarios tanto para facilitar la formación continuada, la docencia y la investigación en Salud Mental Infanto-Juvenil, como para promover la organización de actividades relacionadas en el área, habida cuenta de las dificultades que añade la insularidad para la asistencia a tales actividades en otras comunidades.

BIBLIOGRAFÍA

- *Plan de Salud de Canarias 2004-2008*. Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias. Servicio Canario de Salud.
- *Programa de Salud Infantil de Atención Primaria*. Consejería de Sanidad y Consumo del Gobierno de Canarias. Servicio Canario de Salud.
- *Programa de Atención a la Salud Mental Infanto-Juvenil*. Plan Estratégico de Salud Mental. Comunidad Autónoma de Aragón. Edita: Servicio Aragonés de Salud.
- *Organización, Funcionamiento y Evaluación de Centros de Salud Mental*. Atención Infanto-Juvenil. Plan de Salud Mental de la Región de Murcia. Documento técnico 3. Edita: Consejería de Sanidad y Asuntos Sociales. Murcia.
- *Salud Mental Infanto-Juvenil*. Informe y recomendaciones del Comité de Expertos de Castilla y León en Salud Mental. Edita: Junta de Castilla y León. Consejería de Bienestar Social.
- *Plan de Salud Mental de la Comunidad de Madrid 2003-2008*. Edita: Comunidad de Madrid. Consejería de Sanidad.
- Bravo MF et al. *Hacia una actuación comunitaria en Salud Mental de calidad*. Cuadernos técnicos 4. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría 2000.
- *Patologías infantiles más frecuentes en la atención Infanto-Juvenil por Comunidades Autónomas*. Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría. 1998; 67 Julio/Septiembre.
- *Recomendaciones para la atención a los trastornos mentales graves en la infancia y la adolescencia*. Quaderns de Salud Mental 6. Edita: Generalitat de Catalunya. Departament de Sanitat i Seguretat Social.